



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

A Enfermagem de Reabilitação na Promoção da
Reeducação Funcional Respiratória, no Idoso com
Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, em Contexto
Domiciliário

Paula Alexandra Marques Fernandes

Lisboa

2019





Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

A Enfermagem de Reabilitação na Promoção da
Reeducação Funcional Respiratória, no Idoso com
Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, em Contexto
Domiciliário


Paula Alexandra Marques Fernandes

Professora Orientadora: Cristina Saraiva

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“A verdadeira ignorância,
não é a ausência de conhecimentos,
mas o facto de se negar a adquiri-los”

Karl Popper

Agradecimentos

Este espaço é dedicado a todos aqueles que de alguma forma deram o seu contributo para a realização deste trabalho.

Em primeiro lugar agradeço à Professora Cristina Saraiva pela forma como orientou este trabalho através da sua disponibilidade, partilha de conhecimentos e recomendações que sempre me forneceu.

Às Sras. Enfermeiras orientadoras, agradeço o apoio, a disponibilidade e a partilha de saberes, que se mostraram imprescindíveis na realização do estágio e respetivo relatório.

O meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas com quem intervimos, quer doentes, quer as respetivas famílias, pois sem eles este percurso não teria sido possível e os resultados alcançados não teriam tido o mesmo sucesso.

Agradeço a uma estrelinha que brilha intensamente no céu, que sempre me deu força e motivação para alcançar todas as minhas conquistas. Amo-te Mãe!

Ao meu marido Rui, pela paciência demonstrada, o amor e o apoio incondicional, ao longo desta difícil jornada.

Aos meus filhos e especialmente aos meus netos: Karolyna, Lourenço, e Carminho, que me deixam mais rica como pessoa, a eles dedico o meu trabalho pelo tempo que lhes roubei na construção do mesmo. Amo-vos!

Por último, tenho consciência que a minha amiga do coração, Fernanda Neto foi a pedra basilar no desenvolvimento deste trabalho, pelo apoio, compreensão nos momentos mais difíceis, um agradecimento especial. Moras no meu coração, AMIGA!

A todos

Os meus sinceros agradecimentos.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ACES - Agrupamentos dos Centros de Saúde

APER - Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

ATS - American Thoracic Society

AVD - Atividades de Vida Diária

CATR - Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias

CDE - Código Deontológico de Enfermagem

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral de Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER - Enfermeiro de Reabilitação

GOLD - Global Initiative for Chronic Obstrutive Lung Disease

LCADL - London Chest Activity of Daily Living

MIF - Medida de Independência Funcional

MRC - Medial Research Council

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONDR - Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PR - Programa de Reabilitação

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RP - Reabilitação Pulmonar

RR - Reabilitação Respiratória

SAPA – Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

TEF - Técnica de Expiração Forçada

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

VNI - Ventilação Não Invasiva

Resumo

A obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista e o grau de Mestre, é conseguido mediante um processo formativo que abrange um estágio profissional, na qual o estudante deve demonstrar as capacidades, conhecimentos adquiridos e o desenvolvimento de competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros e as competências definidas pelos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino. Assim, começámos este percurso com a execução de um projeto de estágio, em que planeámos estratégias, atividades e competências a desenvolver, tendo como premissa a resolução de um problema reconhecido. A área de interesse selecionada foi *“A Enfermagem de Reabilitação na Promoção da Reeducação Funcional Respiratória, no idoso com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica em contexto domiciliário”*.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica é uma doença respiratória crónica incapacitante, considerada responsável pela perda da qualidade de vida do doente/família, comportando assim uma enorme sobrecarga social e económica ao nível da saúde e da sociedade. Tendo em conta as necessidades do doente/família diagnosticadas através da avaliação das suas capacidades e limitações funcionais, são então ajustadas as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. No contexto selecionado para a aplicabilidade desta temática foram encontradas algumas condicionantes, pelo facto de ser ainda uma doença muitas vezes subdiagnosticada, bem como, pela carência de referência dos profissionais de saúde.

Este relatório tem como premissa espelhar a análise reflexiva do processo formativo no desenvolvimento de competências para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e grau de Mestre.

Ao longo da realização dos dois estágios, foi dado especial ênfase à comunicação com os pares e com a equipa multidisciplinar, contributo essencial para a melhoria da segurança dos cuidados, bem como para o estabelecimento da relação terapêutica com o doente/família. Para fundamentar o exercício profissional, foi utilizada a Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem, em que a enfermagem intervém na promoção da funcionalidade do doente, perante o autocuidado em défice, maximizando a sua autonomia.

Palavras-chave: Promoção; DPOC; Reabilitação; Domicílio, Idoso.

Abstract

In order to obtain the professional title of Specialist Nurse and the Master's degree, is through a training process that includes a professional internship, in which the student must demonstrate that has developed the skills and knowledge precepted by the Order of Nurses, as well as the competences defined by Descriptors' Dublin for the 2nd cycle of studies. Thus, we started this course with the accomplishment of an internship project in which we planned strategies and activities to develop, taking in consideration the resolution of a previously identified problem. The area of interest selected was *"Rehabilitation Nursing in the Promotion of Respiratory Functional Reeducation in the Elderly with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Home Context "*

Chronic Obstructive Pulmonary Disease is a disabling chronic respiratory disease, which is considered to be responsible for the loss of quality of life of the patient / family, thus entailing an enormous social and economic burden on health and also within society. Considering the patient / family's needs, diagnosed through the evaluation of their functional capacities and limitations, the interventions of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing are then adjusted.

In the context selected for the applicability of this theme, some conditions were found, due to the fact that this disease is still often underdiagnosed, as well as due to the lack of referral from health professionals.

This report thus has as premise to reflect the reflexive analysis of the training process in the development of competences for the Specialist Nursing Rehabilitation and Master's degree.

Throughout the two stages, special emphasis was placed on communication with peers and the multidisciplinary team, thus contributing to the improvement of healthcare' safety, as well as to establishing a therapeutic relationship with the patient/family. In order to support professional practice, Dorothea Orem's Theory of Nursing was used, in which nursing intervened to promote patient's functionality, in the face of self-care in deficit, maximizing their autonomy.

Keywords: Promotion; COPD; Rehabilitation; Home, Elderly.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ATIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	20
2. AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

APÊNDICES

Apêndice I - Projeto de Estágio

Apêndice II – Jornal de Aprendizagem

Apêndice III - Planos de Cuidados

Apêndice IV – Programa de Reabilitação

Apêndice V – Jornal de Aprendizagem

Apêndice VI – III – Jornadas de Cuidados Respiratórios em Enfermagem

Apêndice VII – Curso Teórico Prático em DPOC

ANEXOS

Anexo I – Medical Research Council

Anexo II – Índice de Barthel

Anexo III – Escala de Braden

Anexo IV – Escala de Morse

Anexo V – London Chest Activity of Daily

Anexo VI – Borg Modificada

Anexo VII – Folha de registos de EEER do serviço de Pneumologia

Anexo VIII – III Jornadas de Cuidados Respiratórios

Anexo IX – Curso Teórico Prático em DPOC

INTRODUÇÃO

No âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi solicitado para o 3º semestre a realização de dois estágios decorridos em contexto hospitalar e em domicílio, para a concretização do desenvolvimento de competências preconizadas. Assim, este percurso contemplou dois momentos, o primeiro consistiu na elaboração do projeto como constituinte teórico, baseado na evidência científica, tendo decorrido no 2º semestre. Por outro lado, o segundo momento contemplou o contexto de estágio, ou seja, a realização da prática com o treino da técnica, o consolidar dos saberes e o desenvolvimento de competências. A elaboração do projeto de estágio (Apêndice I) teve como premissa fornecer uma linha orientadora e de responsabilização no processo de aprendizagem, com o intuito de se executar o planeado, relativamente aos objetivos e às atividades propostas para o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) e específicos de EE em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e o grau de Mestre.

O presente relatório contempla a análise, descrição, reflexão, bem como o aprofundar de conhecimentos no âmbito da aquisição das competências desenvolvidas para obtenção do grau de EEER.

Neste sentido, foi definida como temática: *“A Intervenção da Enfermagem de Reabilitação na Promoção da Reeducação Funcional Respiratória no Idoso com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, em contexto domiciliário”*. Este estudo teve sempre em consideração a família do doente, como elemento ativo importante na parceria do processo da prática dos cuidados.

A seleção da temática consiste na sua pertinência e muito interesse, uma vez que, apesar de exercer funções de enfermeira generalista em bloco operatório de um hospital central na periferia de Lisboa. Realizo também apoio domiciliário a pessoas maioritariamente idosas, cujos antecedentes pessoais predominantes são as patologias respiratórias crónicas, apresentando sintomas de dispneia, fadiga e, conseqüentemente aumento da dependência nas atividades de vida diária (AVD), o que conduz a uma sobrecarga física, emocional e financeira tanto

para as respetivas famílias como para a sociedade.

A necessidade sentida no desenvolvimento de cuidados especializados ao doente/família com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), despertou particular relevo na motivação para o estudo, interesse em aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na área da reeducação funcional respiratória (RFR). Quero oferecer o meu contributo a estes doentes e famílias, proporcionando a melhoria da sua qualidade de vida, maximizando as capacidades funcionais e a promoção da autonomia no autocuidado. Assim, é meu desejo intervir na produção de ganhos em saúde numa área onde perdura a necessidade de cuidados na doença respiratória, uma vez que a nível nacional continua a persistir uma grande carência destes cuidados (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, [ONDR], 2016).

Em termos estatísticos, quando nos centramos nas doenças respiratórias crónicas, verificamos que a doença com maior prevalência a nível mundial é a DPOC, com 230 milhões de doentes, entre os quais 11,3 milhões residem na Europa (Direção Nacional de Saúde, [DGS], 2017). Em Portugal, os diagnósticos confirmados por espirometria, incidem em 117,807 doentes com DPOC (ONDR, 2016). Contudo, estes números não são totalmente credíveis, uma vez que se trata de uma doença considerada como subdiagnosticada, podendo estes números ser mais elevados na realidade (DGS, 2017). Tratando-se de uma doença respiratória crónica e um problema de saúde pública, a DPOC resulta, em 80% dos casos, do consumo de tabaco efetuado ao longo dos anos.

Esta doença incapacitante é a principal causa de morbilidade crónica e a terceira causa principal de mortalidade em todo o mundo, com cerca de 3 milhões de óbitos (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*, [GOLD], 2019).

Por outro lado, constatou-se que a mortalidade em doentes com DPOC tem decrescido em 4,0% nos últimos dez anos, indicando assim um maior controlo desta doença (ONDR, 2016).

Como qualquer doença crónica, a DPOC apresenta custos elevados. Foram consultados registos referentes ao ano de 2013, onde consta que 213 milhões de euros/ano são precedentes de internamentos ocorridos na sequência de exacerbações, terapêutica inalatória, oxigenoterapia, absentismo laboral, reformas antecipadas por invalidez e outros custos associados à doença (DGS, 2014).

De acordo com a GOLD (2019), a DPOC *“é uma doença comum prevenível e tratável, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitações ao fluxo de ar, resultante de alterações alveolares e/ou das vias aéreas causadas pela exposição significativa a partículas/gases nocivos.”* Assim, pode-se concluir que a DPOC é uma patologia que envolve a componente pulmonar e extrapulmonar.

Quanto à componente pulmonar, a DPOC apresenta um desequilíbrio entre o volume de ar inspirado e ar expirado, devido ao estreitamento das pequenas vias aéreas, ocorrendo um aumento da resistência aquando da expiração. Assim, é originado um volume expiratório diminuído, favorecendo o aumento da capacidade residual e contribuindo também para a hiperinsuflação pulmonar (GOLD, 2019). Por outro lado, a obstrução da via aérea causa a diminuição da capacidade retrátil do parênquima pulmonar, bem como, o bloqueio do tórax na posição inspiratória, originando retificação e depressão do diafragma, além da horizontalização dos arcos costais, e o encurtamento dos músculos inspiratórios.

Assim, quando é manifestada dificuldade respiratória, são utilizados os músculos acessórios da respiração. As costelas inferiores e o diafragma apresentam retração inspiratória, com respiração com predomínio de costal superior (GOLD, 2019).

No que respeita à componente extrapulmonar, podem manifestar-se variadas complicações decorrentes da doença, designadamente: distúrbios do sono, ansiedade/depressão, anorexia e/ou perda ponderal, doenças cardiovasculares, doença músculo esquelética, e outras patologias com sintomatologia que se manifestam com grande sofrimento para o doente e para a família (Marques, Figueiredo, Jácome & Cruz, 2016).

Apesar da dispneia ser o sintoma mais nefasto, outros sintomas como a tosse, aumento da expectoração, dor torácica, edema, pieira e perda de peso contribuem para a inatividade destes doentes, que manifestam limitação da funcionalidade e diminuição da tolerância ao exercício, o que apresenta repercussões nas AVD.

Depreende-se assim que a DPOC causa um impacto negativo na qualidade de vida dos doentes e família, sentido, tanto a nível pessoal, profissional e social pela incapacidade que provoca (DGS, 2017). Os doentes com limitações necessitam de apoio para o desenvolvimento das AVD, instigando profundas alterações na sua vida, bem como, na da sua família, (Marques, et al, 2016).

O ER, quando presta cuidados à pessoa, executa-os em simultâneo à respetiva família e comunidade, de igual forma à enfermagem, tendo como finalidade a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e reintegração social (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros: [REPE], 1996). As competências previamente adquiridas pelo ER permitem que exerça as suas funções com autonomia, mas também em parceria com a equipa multidisciplinar, reconhecendo e valorizando a importância da mesma para a reabilitação do doente/família e da sua reintegração social.

A intervenção especializada permite, assim, a identificação das necessidades específicas do doente, a análise, avaliação e elaboração de diagnóstico, objetivando a capacitação do doente no desenvolvimento de capacidades adaptativas nas suas limitações e, maximizando o potencial funcional.

O EEER visa que o idoso com DPOC e família readquiram qualidade de vida, maximizando a promoção da saúde, prevenção de complicações, satisfação e bem-estar do idoso e também o autocontrolo eficaz dos problemas de saúde, de forma a que este atinja a sua máxima autonomia, (Roque et al, 2014; GOLD, 2019).

A intervenção da EEER no doente com DPOC consiste na RFR e em programas educativos (Magalhães, 2009). Esta intervenção tem como objetivo o retardamento da progressão da doença, e *“visa a qualidade de vida, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, a satisfação do cliente, o seu bem-estar e autocuidado, assim como o autocontrolo eficaz dos problemas de saúde”* (Ordem dos Enfermeiros, [OE], 2009). A educação é assim focada na obtenção de ganhos em saúde. (ATS/ERS, 2015; Spruit et al, 2013; GOLD, 2019).

Assim, é reforçada a importância da Reabilitação Respiratória (RR), que consiste no tratamento não farmacológico, baseado no movimento, atuando nos fenómenos da respiração, na ventilação externa e, melhorando a ventilação alveolar, objetivando o restabelecimento do padrão funcional respiratório, (Heitor, Canteiro, Ferreira, Olazabal & Maia, 1985). Trata-se de uma intervenção multidisciplinar baseada na evidência, (ONDR, 2013), que deve ser iniciada o mais precocemente possível, quer como profilaxia quer como tratamento no doente com DPOC que apresente sintomatologia (DGS, 2015).

Recentes estudos no Japão, realizado com 8459 doentes com DPOC revelaram que a reabilitação pulmonar (RP) realizada precocemente (primeiras

48 horas), apresentou menor número de reinternamentos por exacerbação, maior capacidade para o exercício e melhor qualidade de vida, comparativamente com o grupo que realizou a RP após as 48 horas (Hiroki, Taisuke, Fushimi & Yasunaga, 2017).

Outro estudo realizado com um grupo de 162 idosos com DPOC, no Instituto de Medicina nos Estados Unidos. Verificaram que a ansiedade nestes doentes pode se tornar muito limitante, pois diminui a confiança na autogestão da doença. A RP incentiva a promoção na autonomia, diminuindo a ansiedade e a depressão, melhorando a funcionalidade e a qualidade de vida. (Breland JY, Hundt NE, Barrera TL, Mignogna J, Petersen NJ, Stanley MA, Cully JÁ, 2015).

A evidência científica demonstra também que os doentes com DPOC beneficiam de programas de exercícios, pois impedem a deterioração das capacidades funcionais e melhorando a qualidade de vida, ao diminuírem a fadiga e a dispneia. Estes programas favorecem a melhoria da tolerância ao exercício, com acréscimo da resistência ao esforço e, conseqüentemente, o aumento das capacidades na realização das AVD (GOLD, 2019).

Por outro lado, a incidência desta patologia na população idosa assume pertinência pelo facto da esperança média de vida estar a aumentar e a DPOC incidir com mais prevalência a partir dos 65 anos de idade.

O envelhecimento é um processo progressivo, multifatorial, inevitável e diferenciado, onde cada pessoa apresenta uma experiência distinta e individualizada. A maioria das alterações da funcionalidade são de origem orgânica e dependem da adoção de comportamentos e estilos de vida menos saudáveis, realizados ao longo da vida (Organização Mundial de Saúde, [OMS], 2010).

No processo de envelhecimento, é expectável a ocorrência de alterações respiratórias, estruturais e funcionais, que associadas às alterações induzidas pela DPOC, podem levar à hipersecreção de muco.

Em casos mais graves, quando a função pulmonar do doente com DPOC está muito comprometida e o murmúrio pulmonar está difusamente diminuído, podem observar-se expirações prolongadas e sibilos finos durante a inspiração, aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax.

Por outro lado, com a evolução da doença ocorre restrição da capacidade pulmonar para as trocas gasosas, originando a hipoxemia e posteriormente hipercapnia, turgência jugular e edema dos membros inferiores (NICE, 2010).

Assim, a promoção dos cuidados é um conceito de importância extrema, que tem a sua origem na carta de promoção da saúde (Ottawa, 1986), sendo realizada em parceria com o doente, tratando-se de um processo de capacitação através de estratégias para a mudança de atitudes/comportamentos mais saudáveis.

O EEER ao atuar com este método potenciador de capacitação e mudança proporciona que a sua atuação apresente elevada visibilidade, devido à diferença na prestação de cuidados, o que o distingue dos outros. O Enfermeiro não impõe a sua vontade, concede apenas os conhecimentos necessários, sendo facilitador na mudança (Anderson & Funnell, 2011).

Além do que foi mencionado, para melhorar a qualidade de vida destes doentes é necessário desincentivar o consumo de tabaco e promover a autonomia na realização das AVD, facultando-lhes conhecimentos e estratégias para um papel ativo na autogestão da sua saúde (Orem, 2001), ajudando na tomada de decisão sobre os cuidados e a capacidade individual de agir, tanto em termos fisiológicos, como funcionais.

A capacidade de cuidar de si mesmo pode ser afetada através de vários fatores, como a idade, estado de desenvolvimento, orientação sociocultural, estado de saúde, sistema familiar, sexo, padrões de vida, modalidades de diagnóstico, entre outros (Orem, 2001). Neste sentido, a filosofia de cuidados selecionada, para nortear os cuidados de enfermagem, foi a referencial teórica de Enfermagem Dorothea Orem (Orem, 2001).

Esta teórica reforça que a DPOC é uma doença limitante, que torna as pessoas dependentes nas AVD, necessitando de ajuda para manter o seu autocuidado e recuperar da situação de doença. Quando a pessoa não tem essa capacidade, o enfermeiro efetua o processo do cuidar, substituindo-a desta forma (Orem, 2001).

Nesta sequência, a teoria do sistema de défice do autocuidado surge quando as exigências do autocuidado são superiores às capacidades da pessoa, sendo necessário a intervenção da família, do enfermeiro de reabilitação e de toda a equipa multidisciplinar. No âmbito desta teoria, (Orem, 2001, p. 225) elucidou oito requisitos universais do autocuidado, relacionados com as AVD da pessoa que é assistida, que são:

manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e alimentos; provisão de cuidados associados com processos de eliminação; manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social; prevenção dos perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano; promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, limitações conhecidas e desejo de ser normal. (p. 225)

Ao refletir nos requisitos supracitados, destacam-se apenas os que podem ficar comprometidos no idoso com DPOC, tais como os que promovem a limitação do fluxo aéreo provocando a dispneia, o cansaço associado ao esforço exigido para respirar e ao gasto adicional de energia; os que levam à diminuição de ingestão de alimentos, originando a caquexia. Por outro lado, a dispneia incita esforço adicional, predispondo o indivíduo à intolerância da atividade e exigindo mais repouso. Com a evolução da doença, sucede também a manifestação de ansiedade/depressão, associada ao medo e à incapacidade de não conseguir efetivar a gestão da doença, levando ao isolamento social.

Uma vez que o ser humano não vive sem respirar e esta função está interligada a todo o organismo humano, advém um declínio funcional consequente da progressão da doença, alterando o bem-estar e a qualidade de vida do idoso/família com DPOC.

O EEER define então as necessidades do doente, avalia os vários fatores que condicionam o autocuidado e utiliza o método adequado, que poderá ser: Agir ou fazer para outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar (Orem, 2001). Quando existe déficit de autocuidado, a enfermagem pode e deve agir, interferindo com a teoria dos Sistemas de Enfermagem, que contém três sistemas.

No Sistema Totalmente Compensatório, o idoso com DPOC apresenta total incapacidade e depende totalmente de terceiros para a sua sobrevivência e bem-estar. Assim, é substituído no autocuidado, por estado avançado da doença ou por limitações cognitivas.

Por outro lado, com a evolução da doença, a funcionalidade começa em declínio e o idoso com DPOC adquire uma crescente intolerância ao esforço, tratando-se assim de outro sistema. Neste sistema parcialmente compensatório, o enfermeiro em parceria com o doente desenvolve uma relação de ajuda no autocuidado, em que tanto um como o outro podem assumir o controle no

desempenho das atividades, existindo partilha de responsabilidades. O doente é assim parcialmente substituído, nas suas limitações, consequência do seu estado de saúde.

Existe ainda o terceiro sistema, o sistema de apoio e educação, que é empregue sempre que o doente necessite de supervisão e educação para a saúde acerca das estratégias a aplicar. O EEER proporciona um ambiente de apoio, baseado na orientação, no fazer, no ensino e no estímulo da motivação do idoso para aprender e executar as atividades. O EEER faculta também o ensino aos familiares/cuidador, que auxiliam/substituem o idoso com DPOC nas AVD.

O processo de revisão de literatura emergiu no instaurar da sistematização da evidência disponível, através da revisão *scoping* que objetiva o mapeamento de artigos científicos baseados em estudos pesquisados através da base de dados EBSCOHost elegendo como fontes as bases de dados *CINAHL Plus with Full Text*, *MEDLINE with Full Text* e *Cochrane Database of Systematic Reviews* com a palavras-chave: promotion; COPD; rehabilitation; home, elderly.

Esta pesquisa permitiu conhecer a evidência científica, perceber a temática e a sua complexidade no que respeita à reabilitação respiratória da pessoa idosa com DPOC, bem como as limitações existentes ao nível do seu autocuidado e qualidade de vida. Algumas palavras chaves utilizadas na revisão *scoping* tiveram que ser abandonadas em virtude de não se ter obtido resultados, especificamente: enfermeiro de reabilitação e reeducação funcional respiratória, o que revela limitação e carência de estudos na área da enfermagem de reabilitação. Para um maior aprofundar de conhecimento, também foram realizadas pesquisas com a utilização do motor de busca Google e através de bibliografia de livros técnico científicos.

A metodologia contempla uma questão inicial de investigação:

“Qual a intervenção da Enfermagem de Reabilitação, na promoção da Reeducação Funcional Respiratória ao idoso com DPOC, em contexto domiciliário?”

Deste modo, foram delineados dois objetivos gerais, que proporcionaram:

- *Desenvolver competências de EEER, na promoção da RFR ao idoso com DPOC, no domicílio;*
- *Desenvolver competências nas diferentes áreas de atuação do EEER na prestação de cuidados, e da pessoa com necessidades especiais”.*

No que respeita à organização deste trabalho, seguem-se a presente introdução, que consiste no enquadramento conceptual do tema proposto, o capítulo subsequente espelha o percurso realizado no desenvolvimento das competências, contempla algumas reflexões com pensamento crítico na realização das atividades, no desígnio dos *outcomes* aos objetivos específicos formulados a partir da questão de partida, bem como a fundamentação das competências desenvolvidas nos quatro domínios comuns de EE e especializadas de EEER.

No capítulo seguinte a avaliação do percurso formativo, os pontos positivos e os negativos, as dificuldades sentidas e a forma como foram ultrapassadas ou minimizadas e por fim as considerações finais, como término deste relatório. Neste, são descritos os contributos para o desenvolvimento das competências pessoais e profissionais como futura EEER, bem como as principais conclusões das reflexões concretizadas e as perspetivas futuras na sequência da temática deste relatório.

1. ATIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Para compreender a prática e poder alterar a conduta, é imperativo que o enfermeiro faça uma análise reflexiva, consciente, cuidadosa e dinâmica acerca das experiências vivenciadas (Santos & Fernandes, 2004).

No decorrer do desenvolvimento das aprendizagens, foi fulcral uma análise constante, cuidada e reflexiva acerca das competências do EEER. Ao refletirmos e analisarmos a prática, foi obtido de forma assertiva a resolução das diversas problemáticas encontrada, através da mobilização de saberes, e da consciência adequada aquando da tomada de decisão, sempre numa perspetiva de melhoria contínua da prestação de cuidados, assim como, do desenvolvimento de competências específicas.

Neste percurso formativo de dezoito semanas, foram selecionados dois estágios na cidade de Lisboa, o primeiro decorreu na comunidade, numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e o segundo no Serviço de Pneumologia, em contexto hospitalar. A seleção dos locais de estágio, foram direcionados para os objetivos planeados no projeto, com o propósito de desenvolvimento de competências específicas na área da ER.

Para tal, foi primordial que estes fossem uma referência ao nível técnico-científico, no que respeita à ER, de forma a ser possível adquirir conhecimentos e desenvolver competências nesta área. Foi igualmente necessário que a equipa de enfermagem fosse habilitada da competência de orientação de alunos na especialidade de reabilitação.

Para que um Enfermeiro desenvolva a especialização do conhecimento, é pressuposto desenvolver competências comuns de EE que contempla quatro domínios de intervenção: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria continua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No decorrer do percurso pedagógico, também se direcionou a aprendizagem para o desenvolvimento de competências específicas de EEER, através do regulamento nº 125/2011, onde menciona que o enfermeiro: **(J1)** Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; **(J2)** Capacita a pessoa com deficiência,

limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; **(J3)** Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Foi presumível, para a prática profissional realizada em estágio, que estivesse baseada no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), no respeito pelos princípios éticos fundamentais e pelas preferências do doente/família. A Responsabilidade profissional, ética e legal, assim como o das Aprendizagem Profissionais, são transversais a todos os objetivos, atividades delineadas no projeto inicial, realizadas durante o ensino clínico e espelhadas neste documento.

Desta forma, para o desenvolvimento das Aprendizagens profissionais foi necessário realizar várias pesquisas, ao longo de todo o estágio, de forma a adquirir, aprofundar e integrar conhecimentos no desenvolvimento de competências de EEER.

Nos termos mencionados previamente, serão consecutivamente citados os objetivos específicos e as atividades, que foram alocados nos diferentes domínios de acordo com a adequação aos mesmos. Relativamente aos objetivos específicos delineados no projeto, existiu a necessidade de os reestruturar, de forma a obtermos coerência com a prática de cuidados e o plano de ação.

Foram desenvolvidos no decorrer dos dois estágios e têm como premissa a evidência científica, que seguidamente passamos a descrever:

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (2010_a).

A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Domínio Específico de EEER

J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. (OE, 2010_b)

A Competência da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal é fundamental no exercício de enfermagem, sendo inerente à relação com o doente/família e peculiar à prática dos cuidados. Ao assumirmos o compromisso com a sociedade na prestação de cuidados de enfermagem, foi adotado os princípios orientadores fundamentados na ética e deontológica em concordância com a obtenção de um exercício profissional de excelência. A pertinência das referidas dimensões,

“decorrem de um processo de tomada de decisão que o enfermeiro percorre, com base num raciocínio crítico fundamentado em premissas de natureza científica, técnica, ética, deontológica e jurídica” (Deodato, 2008, p. 27).

Com a finalidade de desenvolver as competências supracitadas, foram delineados os seguintes objetivos:

1. Desenvolver uma prática profissional baseada em princípios éticos e deontológicos na área de Enfermagem de Reabilitação.

Ao experienciarmos a realidade, comprovamos que facilitou a sua interpretação e a avaliação, contribuindo para uma tomada de decisão mais assertiva e precisa. Baseada na evidencia científica, para fundamentar a prática, contribuindo para uma experiência muito enriquecedora. Intrínseca ao desenvolvimento desta competência, estiveram assentes valores e aspetos culturais no que diz respeito ao doente/família, conforme menciona a OE, (2012)

no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem. (2012, p.10)

Quando consultámos o estatuto da OE (2012), certificamos a pertinência deste objetivo no exercício profissional do enfermeiro. No capítulo VI consta que o profissional tem a responsabilidade de *“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade e pela saúde e bem-estar da população”*(p.72). Como futuros EEER continuamos a ser norteados pelo CDE e a *“respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos”* (artigo 102 alínea f) , e não reduzir o doente à sua incapacidade. Concordamos com a OE (2010a), quando designa que é indispensável um *“exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica”*.

No decorrer dos estágios sempre que prestamos cuidados ao doente, estes foram realizados com tolerância, afetividade, compreensão e delicadeza. Respeitámos sempre a sua dignidade, convicções filosóficas, culturais, religiosas, como também a sua orientação sexual, conforme preconizado na carta dos Direitos do Doente Internado (DGS, 2014).

Ainda foi dado especial ênfase ao dever do sigilo, conforme preconizado no artigo 85º do CDE. Foi também considerado pertinente o respeito do anonimato do doente/família, em todos os documentos elaborados ou consultados, a partilha da informação considerada importante ocorreu apenas com os profissionais envolvidos no processo terapêutico. Respeitou-se assim a obrigação de *“considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e família, qualquer que seja a fonte”*, como mencionado pela OE, (2012, p. 78).

Quanto à informação concedida ao doente/família, foi dada especial atenção à sua transmissão de forma objetiva, clara, num ambiente empático e sereno, respeitando a confidencialidade, privacidade e as suas características, certificámo-nos sempre, que a informação foi compreendida, como menciona o CDE:

Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; validar se compreendeu a informação, capacitando com conhecimento acerca da sua doença, que lhe permitam adquirir autonomia na tomada de decisão coerente e responsável, acerca do seu projeto de sua saúde. (Artigo 105ºa)

Consideramos que este comportamento gerou um ambiente empático e de confiança entre o doente/família/estudante, baseado na competência da comunicação e relacionais, impulsionadoras no desenvolvimento de saberes para a melhoria da funcionalidade, satisfação e segurança dos cuidados. Compreendemos que a autonomia do profissional está implícita na sua tomada de decisão, assente na experiência, no desenvolvimento de competências e na mobilização do conhecimento.

Para desenvolvermos e aprimorar a capacidade da tomada de decisão, foi necessário melhorar e adquirir conhecimentos teóricos/práticos, conforme menciona a OE (2010_b), *“o nível elevado de conhecimentos e experiências acrescidas permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa”* (p.8658). Salientamos que, neste caso concreto, a prática foi devidamente fundamentada através de pesquisa baseada na evidência, o esclarecimento de dúvidas e a partilha de conhecimentos, com a orientadora de estágio, equipa multidisciplinar e as reuniões com a orientadora docente. Deste modo, fomos adquirindo progressivamente ao longo do estágio, a segurança e a autonomia na prestação de cuidados, contribuindo sempre, para que o doente obtivesse o seu potencial máximo.

Todavia, a visibilidade dos cuidados é espelhada através da relação de ajuda, que transmite a qualidade humana e a sua eficácia, que são transversais ao conhecimento e à compreensão do doente cuidado (Phaneuf, 2005).

Apurou-se que o ER atua como agente facilitador na promoção da parceria no cuidar com o doente/família e comprovámos no decorrer do estágio, para realizarmos um programa de reabilitação é imprescindível que o EEER, faculte e incentive a literacia em saúde como competência básica fundamental. A OMS explana que a literacia em saúde é suportada pela capacidade cognitiva e social que o doente tem, para compreender e aplicar a informação, na promoção da saúde (OMS, 2013). Para atingir esta premissa, foi necessário facultarmos informação, conhecimento e compreensão, para que sucedesse um maior envolvimento do doente e da sua responsabilidade na tomada de decisão partilhada (Carreira, 2015).

Percebemos que nesta perspetiva, para se concretizar um programa de reabilitação, é necessário também, que o doente esteja motivado e tenha capacidade cognitiva e física para a sua realização (DGS, 2009). Constatámos no decorrer dos ensinamentos clínicos, que um pouco de humor e riso podem fazer a diferença na motivação e adesão aos programas de reabilitação. Neste sentido, Couvreur (1999) afirma *“mesmo que o riso não aumente a esperança de vida, ele aumenta indiscutivelmente a qualidade de vida (...) pois este ajuda a libertar endorfinas, as hormonas da felicidade”*. Deste modo, o EEER mesmo em situações irreversíveis, contribui não só, na adaptação das limitações, como concede serenidade, apoio psicológico e satisfação ao doente (1999, p. 77 e 121).

Certificamo-nos, tal como expõe Hesbeen (2001) que *“é o espírito” (...) que nos leva a preparar uma mulher, um homem ou uma criança para melhorar a qualidade de vida possível, mesmo quando as capacidades que lhe restam são extremamente reduzidas ou quando o horizonte que lhe mostra não é muito alegre”* (2001, p.35).

Para efetivar esta integração, tornou-se fundamental elaborar os seguintes objetivos específicos:

2. **Compreender a dinâmica organizacional e funcional dos serviços e o modo como se articulam com outros serviços.**
3. **Integrar de forma progressiva e gradual a equipa multidisciplinar.**

Os dois locais de estágio continham uma equipa multidisciplinar estável, onde os EEER desempenhavam funções, aplicando o método de trabalho responsável. As suas intervenções eram baseadas numa visão holística e na filosofia da centralidade nos cuidados, em parceria com o doente/família na promoção da saúde e na autonomia no autocuidado.

O primeiro contato em cada campo de estágio ocorreu ainda durante a construção do projeto de estágio e objetivava dois pontos: compreender se o campo de estágio era adequado para a aplicação do projeto e facilitar a integração do estudante. Esse momento consistiu numa entrevista com a Enfermeira chefe para conhecer a intervenção do EEER, a dinâmica e organização do serviço, a gestão de recursos humanos e materiais, bem como a explicação resumida de como se articulavam com os outros serviços.

Todavia, no serviço de Pneumologia não existiu entrevista, devido à mudança do local de estágio. Porém, esta ocorrência não foi limitadora ou inibidora na integração, nutrindo a existência de um esforço de toda a equipa multidisciplinar para que a mesma se realizasse de forma progressiva e gradual, consolidando-se com algum esforço e dedicação, devido à especificidade do serviço. Foi notório o apoio concedido pela orientadora de estágio e pelos pares, fomentando o desenvolvimento da relação, minimizando o *stress* próprio do momento, aumentando a satisfação pessoal e a motivação.

Por outro lado, o campo de estágio na comunidade foi realizado numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), incluída no Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES), facultando a oportunidade de conferir uma realidade completamente diferente da minha prática de cuidados, visto trabalhar num bloco operativo central.

O enfermeiro supervisor e a equipa multidisciplinar apresentaram estratégias simplificadoras para minimizar o desconforto normal do momento, incitando uma integração adequada, uma prestação de cuidados com qualidade e o desenvolvimento de competências eficiente (Macedo, 2012). Neste contexto, foi realizada uma reunião informal para apresentação e discussão do projeto de estágio, no sentido de validar a sua concretização. Foi também efetuada uma visita guiada ao espaço físico, para apresentação da equipa multidisciplinar, do equipamento e consulta de protocolos, normativos e folhas de registos.

É essencial capacitar o enfermeiro iniciado acerca das normas e princípios do serviço, colaborando para a aquisição de experiências e simplificação do paralelismo entre a teoria e a prática, fomentando assim o desenvolvimento de competências (Benner, 2001). A aquisição destes conhecimentos permitiu uma integração mais rápida do que o planeado, através de um processo contínuo e dinâmico, viabilizando que este fosse de qualidade e de socialização eficaz. Deste modo, foi facilitado a identificação do papel de cada interveniente na prática do cuidar e numa maior consciência assente na responsabilidade para com o doente.

Quando se alcançou este objetivo compreendemos a sua relevância, pois tornou-se indispensável para minimizar a ansiedade e realizar os restantes objetivos com resultado positivo.

De salientar, o acolhimento prestado em ambos os estágios, quer pela equipa multidisciplinar, quer pelas respetivas orientadoras de estágio. A forma como foram proporcionadas, sempre que possível, experiências enriquecedoras, permitindo deste modo o desenvolvimento de competências de EEER.

A explicação facultada, despertou elevado interesse acerca da rede e da sua articulação com os outros serviços. No entanto, devido a uma realidade completamente diferente, houve a necessidade de uma pesquisa mais aprofundada inerente ao funcionamento e dinâmica organizacional, proporcionando um jornal de aprendizagem (apêndice II), baseado na reflexão e na consulta da legislação vigente:

O Decreto-lei nº 137/2013 orienta na constituição dos Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), definindo a autonomia e constituição de várias unidades funcionais inerentes a um ou mais Centros de Saúde. Estas unidades, são compostas por uma equipa multiprofissional, que atua em concordância com as restantes unidades.

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) está inserida na UCCI, é legislada através do Decreto-lei nº 101/2006 e presta cuidados continuados integrados (CCI) à pessoa que se encontra dependente de terceiros.

Nesta continuidade, também quisemos conhecer as intervenções do EEER, quer ao nível dos cuidados prestados ao doente/família na comunidade, quer quanto à organização do seu planeamento. Na efetivação do apoio ao domicílio, compreendemos como se promove o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida dos doentes e da sua família. De acordo com OE (2009), o EEER ‘*visa promover*

a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, reeducação, readaptação e reinserção familiar e social” (2009, p. 4).

Também ficámos providos do conhecimento acerca do Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio, (SAPA), para as pessoas com incapacidade temporária ou pessoas com deficiência, que é regido pelo decreto lei nº 93/2009. Os produtos de apoio, podem ser prescritos pelos Centros de Saúde, hospitais e pela equipa multidisciplinar.

No processo de reabilitação são perentórias a interação e a colaboração de todos os elementos da equipa multidisciplinar. Constatámos, que a equipa trabalha em conjunto e de forma homogénea, onde se destaca a importância do EEER como elemento decisivo na avaliação e planeamento das necessidades de cuidados de reabilitação e na gestão da situação de saúde do doente.

Para compreendemos estas particularidades e as diferenças entre o conceito de equipa multidisciplinar e interdisciplinar, surgiu a necessidade de consultar a bibliografia existente. Neste sentido, Branco (2017) caracteriza o modelo multidisciplinar como *“cada elemento da equipa trabalha de forma individual para alcançar objetivos específicos da sua disciplina”*(2017, p.28). No segundo modelo, requer um maior esforço de toda a equipa e sucede num maior período de tempo, obtendo-se melhores resultados na reabilitação do doente. Branco (2017) também afirma que a equipa interdisciplinar *“caracteriza-se pela colaboração sistemática entre todos os elementos da equipa na definição de objetivos e procedimentos a adotar e tem um resultado global superior à “soma” dos resultados de cada disciplina, porque estas se potenciam mutuamente”*(2017, p.29). Sintetizando, comprovamos que a equipa interdisciplinar e a multidisciplinar com os distintos saberes se complementam e todos os intervenientes podem ser favorecidos.

4. Desenvolver cuidados especializados na capacitação do autocuidado, à pessoa com necessidades especiais.

O ER presta cuidados ao longo de todo o ciclo vital do ser humano, como refere Hesbeen (2001), a reabilitação associa o espírito à ciência, de forma a que a pessoa com *“ determinada deficiência ou incapacidade se torne o mais*

independente possível (...) evitando que o peso da sua existência, devido às suas particularidades, se torne demasiado difícil de suportar” (2001, p.54)

Assim, o estágio na comunidade ficou marcado pela prestação de cuidados a duas crianças gêmeas de quatro anos, institucionalizadas desde o nascimento numa Associação de Solidariedade Social. Esta instituição acolhe crianças com doenças crónicas ou agudas e sem contexto familiar, desde o seu nascimento até aos três anos, ficando a aguardar a adoção ou o regresso à família biológica ou até a residência noutra local onde possam sentir-se seguras, amadas e com o desenvolvimento psicomotor o mais normal possível.

Nasceram prematuramente e mantêm sequelas graves globais ao nível do desenvolvimento psicomotor, devido a repercussões neuromusculares graves. Com alterações na *compliance* pulmonar e complicações como a hipoventilação alveolar, hipercapnia e atelectasias. Por apresentarem tosse ineficaz não conseguiam mobilizar as secreções e manter a via aérea permeável, com necessidade de serem aspiradas diariamente, mais do que uma vez.

As gêmeas, devido à sua total dependência, foram substituídas no autocuidado, de acordo com o Modelo Conceptual de Orem. Utilizamos o método de agir ou fazer pela outra pessoa, assim como guiar e orientar. Concedemos incentivo e motivação, numa perspetiva de desenvolvimento de capacidades e habilidades, para a autonomia (Hoeman, 2011).

As nossas intervenções de ER, objetivavam a diminuição da recorrência à urgência por infeção respiratória e consequentemente os internamentos. Foram utilizadas técnicas de RFR para promover a via aérea permeável, melhorar a ventilação/perfusão e a correção dos defeitos ventilatórios. Foi utilizada a drenagem postural clássica ou modificada, com associação de manobras acessórias de vibração e percussões para drenagem de secreções broncopulmonares, com realização de aspiração nasofaríngea.

Como se tratavam de crianças, os exercícios de RFR foram associados ao brincar terapêutico, através do riso, com cócegas, brinquedos, balões, vários jogos, exibindo um programa aliciante e com sessões curtas. Foram realizadas algumas brincadeiras, como: o avião na realização da abertura costal seletiva; soprar numa palhinha para dar ênfase à expiração e auxiliar a desinflação.

Foram incentivadas a rolar na cama, a fazerem a ponte e a colocarem-se em posição ortostática com a ajuda das grades da cama. Como cita Menoita (2014),

estes exercícios são essenciais para “*passar à posição de sentada e ortostática*” (2014, p.102). Verificamos através dos registos de enfermagem que a nossa intervenção, proporcionou a estas crianças em igual período do ano análogo, que recorressem menos vezes ao serviço de urgência e não tivessem internamentos devido à agudização respiratória, obtendo ganhos efetivos em saúde e redução de custos monetários.

Foi necessário conhecer o estágio de desenvolvimento das duas crianças, para adequar e simplificar a linguagem na compreensão das mesmas.

Quando iniciámos as intervenções de ER, apercebemo-nos apesar de não ser notório, que estávamos um pouco contraídos, devido à insegurança por não estarmos habituados a este público alvo, na nossa prática profissional.

Admitimos que este comportamento, poderia ter tido repercussões negativas na relação empática, que necessitávamos de estabelecer com as crianças. Através da reflexão, foi percecionado a especificidade dos cuidados e identificado que a atitude não foi a mais correta. Foi utilizado a técnica de consciência e autocontrolo da respiração, para relaxar e minimizar os receios e o *stress*. Como resultado, o comportamento foi tornando-se mais afável, sem pressas e movimentos bruscos, proporcionando às crianças uma participação mais ativa no programa de reabilitação.

Pesquisámos a bibliografia baseada na evidencia, para adquirir, melhorar e aprofundar conhecimentos, foi realizado algum treino em casa relativamente aos exercícios a efetuar. Inicialmente, realizávamos as técnicas com as crianças com a supervisão da orientadora de estágio, o que permitiu adquirir segurança e mais autonomia, melhorando consideravelmente o desempenho.

Ao refletirmos criticamente acerca da prática de cuidados e da pertinência das decisões, possibilitou a alteração de comportamento e o desenvolvimento e aperfeiçoamento de algumas competências, inserindo a mudança na prática, traduzindo em autonomia profissional, tal como menciona Chaves (2002), para ter capacidade de “*participar na definição do seu próprio programa de desenvolvimento profissional*” (2002, p. 52).

Quando realizámos a apreciação acerca da qualidade em saúde, verificamos que consiste na promoção da satisfação dos doentes aquando dos cuidados prestados, área onde nos esforçamos para oferecer sempre, o nosso melhor. De

forma a salientar a qualidade de cuidados prestados, Dias (2014), argumentou que *“maximiza uma medida que inclui o bem-estar do doente, após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas”* (2014, p.14).

Apercebemo-nos que a qualidade é a forma como o doente a percebe, não só em relação ao lugar que ocupa na comunidade mediante os aspetos culturais, mas também com as suas expectativas, os seus objetivos, as normas e as suas inquietações (OMS, 1995). Esta perceção é própria, única, é assumida por cada doente e está associada a fatores biológicos, psicológicos e comportamentais, associados ao juízo subjetivo do bem-estar e satisfação (Almeida, B. Gutierrez & Marques; 2012).

Nesta sequência, foram refletidas as atividades, que deram continuidade ao desenvolvimento das competências infracitadas.

Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade e Domínio Específico de EEER

B1. Inicia e Participa em projetos institucionais na área da qualidade;

B2. Concebe, Gere e Colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Domínio Específico de EEER

J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (OE, 2010^b, p. 2)

Com o propósito de desenvolvermos competências na melhoria contínua da qualidade, foram definidos os seguintes objetivos:

5. Reconhecer oportunidades de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados;

6. Desenvolver competências que permitam avaliar as necessidades do doente com DPOC, e da pessoa com necessidades especiais.

Para realizarmos o programa de reabilitação foi indispensável efetuarmos a avaliação individualizada na identificação das necessidades do doente/família, (Hoeman, 2000). Comprovamos, se esta for fidedigna objetiva as intervenções do EEER, monitoriza a *“evolução e comprova os ganhos obtidos”* (Ferreira D., Santos A., 2017 p. 177).

Quando executámos a avaliação inicial, compreendia a história clínica sistematizada do doente/família que comportava a situação atual e foi complementada com a informação adquirida no processo do doente. Nesta

dimensão, confirmamos que a realização da apreciação tornou mais facilitador a identificação das necessidades do doente, assim como, os agentes inibidores/facilitadores para a execução da AVD com mais autonomia (OE, 2015).

Um aspeto comum a todos os doentes cuidados foi a realização da recolha de dados, que envolvia a história da doença atual e pregressa, informação biográfica, hábitos e estilos de vida, situação laboral, história familiar e social, terapêutica habitual, cuidador informal, exames clínicos e recursos utilizados da comunidade. Este conhecimento objetivava a satisfação das necessidades básicas e um planeamento de cuidados.

A aplicação dos instrumentos utilizados para a avaliação do doente incita os resultados para a orientação do programa de reabilitação à luz da promoção de uma maior independência funcional e qualidade de vida do doente/família, refletindo-se em ganhos em saúde e económicos (Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação [APER] 2010).

Durante os dois estágios verificou-se que as intervenções diferenciadas dos cuidados de ER apresentam visibilidade através de escalas, como refere Hoeman (2000) “*se “alguma coisa” não puder ser medida não pode ser controlada. Assim, os indicadores dos padrões têm de ser mesuráveis, ou então não se poderá afirmar que um dado caso está melhor, pior ou igual em relação ao que se esperava*” (2000, p. 99).

As medidas de avaliação na apreciação do doente, proporcionam que existam normas para a admissão, alta e manutenção dos ganhos em reabilitação, sendo utilizada basicamente pela ER, dando-lhe liderança (Hoeman, 2011).

Para avaliar a força muscular (Anexo I), utilizámos a escala *Medical Research Council* (MRC); na avaliação da capacidade funcional nas AVD, usamos o índice *Barthel* (Anexo II); para a monitorização do risco de queda (anexo III) e no risco de desenvolvimento de úlceras por pressão (anexo IV), foram utilizadas as escalas de *Braden* e de *Morse* respetivamente, conforme preconizado pela DGS para a segurança do doente (Despacho 1400-A/2015).

No serviço de Pneumologia ainda foram usadas: *London Chest activity of Daily Living* (LCADL), para perceber o impacto da dispneia nas AVD no doente com DPOC (Anexo V). Escala de *Borg* Modificada na avaliação da perceção do doente à dispneia (Anexo VI). A monitorização através de escalas é cada vez mais aplicada como apoio na tomada de decisão em Reabilitação (Sequeira, 2010).

Neste Serviço, aquando da concretização da avaliação objetiva do doente com patologia respiratória, surgiram algumas incertezas na identificação dos diferentes sons pulmonares auscultados. Com o decorrer do tempo, conseguimos desenvolver progressivamente a técnica da auscultação pulmonar e a diferenciação dos ruídos adventícios, como os ferveores, sibilos, crepitações, roncos, atrito e a presença natural do murmúrio vesicular. O desenvolvimento desta técnica deve-se ao estudo, à pesquisa para tentar perceber em que situações surgem os respetivos ruídos, ao treino, à cooperação, perícia e esclarecimento da orientadora de estágio.

Outra competência igualmente desenvolvida foi a observação e interpretação do exame imagiológico do tórax, realizada através da consulta de bibliografia científica, a partilha de conhecimentos e diretrizes da orientadora, foram fulcrais. Para o sucesso na identificação e avaliação das características pulmonares específicas dos processos patológicos, como na associação destes com a auscultação pulmonar.

Este conhecimento contribuiu para melhorar a nossa prática, no sentido do planeamento do programa de RFR mais adequado ao diagnóstico.

O programa de reabilitação e os planos de cuidados foram realizados em parceria do doente/família de acordo com as necessidades e potencialidades e nunca foram considerados estáticos, podendo ser alterados e ajustados à nova condição do mesmo. Contemplavam intervenções especializadas de reabilitação, com objetivos a curto e a longo prazo, estratégias para os atingir, as expectativas do doente/família, a avaliação e os resultados esperados.

Na determinação dos objetivos estipulados, foi significativo que fossem adequados e atingíveis, para que as perspetivas do doente não fossem demasiado elevadas e motivadoras de *stress*. Deste modo, minimizamos a ansiedade, a tristeza e a não adesão terapêutica, promovendo e maximizando as capacidades funcionais do doente, conforme afirma a OE (2015), à luz da promoção da “ *autonomia, qualidade de vida, reintegração e participação na sociedade*”. (2015, p. 16658).

Procuramos estar em conformidade com a evidência científica e em vez de nos centrarmos na doença, o nosso foco de cuidados centrou-se na adaptação e implicações para cada doente (Silva, Fernandes & Padilha, 2014).

Neste percurso de aprendizagem, também foram contemplados momentos de reflexão com a docente orientadora para debater os planos de cuidados de reabilitação dos doentes analisados, com o intuito de melhorar a gestão, a priorização dos cuidados e a melhoria da qualidade, em que o objetivo foi atingido com sucesso.

A ER, conforme mencionado pela OE (2011), consiste num:

corpo de conhecimentos e procedimentos específicos. Têm por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades (2011, p. 16656).

Tanto os registos de enfermagem como a passagem de turno são momentos privilegiados para a melhoria dos cuidados e também para a menorização do risco (OE, 2003). Ao decidirmos primar pela promoção da qualidade dos cuidados, foram tidas em conta as diretrizes da OE (2015), para tal é importante que os registos integrem “ *diagnósticos de ER do cliente, as intervenções*” e *outcomes* das mesmas, ao “ nível pessoal, familiar e social (*capacitação, autonomia, qualidade de vida*)” (2015, p. 16659).

Nos dois locais de estágio realizámos registos de ER, permitindo a visibilidade dos cuidados concretizados, a sua continuidade e melhoria, favorecendo a promoção de um ambiente de cuidados seguro. No hospital, os registos de EEER foram executados em suporte de papel próprio (anexo VII), onde constava a avaliação realizada ao doente, intervenções de EEER, intercorrências de reabilitação e resultados obtidos, posteriormente eram sintetizados e realizados no sistema informático. Concluímos que a folha dos registos foi uma ferramenta facilitadora na nossa intervenção, devido à mesma compilar informação pertinente acerca do doente, e ser de fácil acesso.

Na ECCI, foram efetuados no aplicativo informático Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), em linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). Estes parâmetros estão estruturados por focos de atenção, que após a associação do juízo diagnóstico, permitiram a formulação de diagnósticos associados a intervenções de ER, entendidas como essenciais para a reabilitação do doente. Foi facultada orientação e continuidade nos cuidados, que são espelhadas no resultado das intervenções e refletem a particularidade e a especificidade de cada doente (Moita, Nunes, Silva, Soveral & Potra, 2007).

Inicialmente foram sentidas algumas limitações na adaptação ao aplicativo informático, devido essencialmente, na nossa prática ainda realizar os registos de enfermagem em suporte de papel. Esta prática advém da especificidade do serviço onde trabalhamos, pois, a instituição utiliza o mesmo aplicativo do campo de estágio há muitos anos. Esta situação foi superada positivamente devido à nossa motivação, perseverança e treino, complementando-se com a disponibilidade da orientadora de estágio.

A transmissão diária de ocorrências realizada no hospital, foi outro momento que contemplou a continuidade e garantia da melhoria da qualidade dos cuidados.

Na comunidade participámos nas reuniões semanais, onde cada elemento da equipa concedia o seu parecer, acerca da evolução da reabilitação do doente. Foi muito interessante, observarmos e sentirmos que estávamos inseridos numa equipa que trabalhava para o mesmo propósito. Nos dois contextos, colaborávamos com a orientadora e a equipa multidisciplinar.

No 1º local de estágio estavam a decorrer alguns projetos, e tivemos a possibilidade de colaborar e intervir na celebração do Dia Mundial da Diabetes. Nesta comemoração, foi realizado um programa explicativo e interventivo entre o formador e os doentes. Foram contemplados momentos de esclarecimento, um pequeno lanche alusivo à alimentação saudável e um programa de exercícios físicos. Todos os intervenientes foram muito participativos e com boa disposição. Realizámos uma filmagem, foram tiradas algumas fotografias e partilhadas com os presentes.

Esta celebração mundial, objetiva a sensibilização das entidades sociopolíticas, profissionais de saúde e os doentes para a problemática da Diabetes. Trata-se de uma doença crónica prolongada, debilitante com frequentes complicações e em crescimento exponencial ao nível mundial. Considerada pela OMS a epidemia do séc. XXI, onde Portugal é o país da União Europeia (EU), onde prevalece a maior taxa de diabetes tipo 2 (OMS, 2017).

A nossa atuação neste programa foi muito aliciante, não só pelo convívio entre os participantes, como ficámos mais alertas e sensibilizados para esta problemática mundial, que provoca grande impacto na saúde das pessoas de várias faixas etárias, devido ao comportamento prejudicial adotado.

7- Efetivar programas de reabilitação motora e respiratória na promoção do autocuidado, ao doente com DPOC e, à pessoa com necessidades especiais.

A capacidade de um doente participar ativamente na sua saúde é considerada um importante indicador de saúde e de bem-estar. Sendo assim, a nossa prática de cuidados foi centrada no doente/família e na sua individualidade, capacitando com estratégias adaptativas, face à sua limitação funcional.

Recordamos com carinho, o primeiro plano de cuidados (apêndice III), realizado em parceria com uma doente idosa de 97 anos, que em consequência de um internamento por pancreatite, apresentava diminuição da massa muscular e da força nos membros inferiores, tornando-a dependente de terceiros em todas as suas AVD. Utilizava a bengala como auxiliar de marcha, mas sentia-se tão insegura que não dava um passo sem o apoio da terceira pessoa, e desde o momento da alta hospitalar que não saía do domicílio.

A nossa intervenção na prestação de cuidados, como futuros EEER, foi baseada em Orem, e consistiu em substituir a doente no autocuidado nos momentos, em que não o conseguia concretizar, aplicando o sistema parcialmente compensatório. O sistema de apoio e educação, sucedia na medida em que foram realizados ensinamentos e supervisão na realização de AVD.

Verificámos que a imobilidade e o repouso prolongado no leito, apesar de serem cruciais para a recuperação do doente, podem originar efeitos colaterais e deletérios. Na literatura, alguns autores corroboram que na sequência da imobilidade, o músculo perde semanalmente cerca de 10% a 15% da sua força e tamanho muscular, devido ao descondicionamento cardiovascular (Delisa, Curri, Gans, Jr. & McPhee, 1992).

Como afirmam os seguintes autores, Delisa et al, (1992):

certos músculos atrofiam mais rapidamente que outros; os quadríceps e músculos extensores da coluna são afetados em particular, levando a dificuldades em andar em escadas e a dores na coluna. Fraqueza muscular generalizada também pode resultar em má coordenação e má qualidade de movimento (1992, p. 527).

Quando refletimos acerca da problemática, à luz do pensamento crítico, verificámos que a meta a atingir estava em concordância com as perspetivas da doente, que foi ganhar autonomia na marcha e independência no autocuidado. Para a concretização, foi importante ganhar massa muscular e força nos membros inferiores, o que foi concretizado através das mobilizações articulares passivas,

para melhorar a amplitude de movimento e prevenir a rigidez articular, assim como o encurtamento muscular, na promoção da extensibilidade e contratilidade do tecido muscular, facilitando a circulação de retorno venoso e favorecendo a nutrição da cartilagem e a integridade das estruturas articulares (Coelho, Barros & Sousa, 2017; Menoita et al., 2014).

Estes movimentos controlados foram realizados lentamente, respeitando a amplitude articular e o limiar da dor da doente, numa sequência mínima de 10 repetições por segmento. Para ganhar massa muscular, foi realizado fortalecimento dos músculos dos membros inferiores e superiores com pesos (garrafa de água de 1L, saco de arroz 1kg, etc), pedaleira, treino de marcha e de escadas, inicialmente com apoio de terceira pessoa e posteriormente o auxiliar de marcha, o tripé.

A forma que encontramos para incentivar a motivação na execução dos exercícios, na ausência do EEER, foi a reprodução do programa de exercícios realizado à doente em suporte de papel (apêndice IV), que funcionava como guia orientador. Neste propósito, pode efetuar a mesma sequência ou até executá-lo de acordo com a sua própria vontade. Este panfleto teve resultados muito positivos, possibilitando grande evolução no desenvolvimento da sua funcionalidade, melhoria da autonomia, autoestima e satisfação.

O momento em que negociámos a primeira saída do domicílio, foi assumido com grande expectativa e noite de insónia para esta doente. No dia combinado, ainda mantinha alguma ansiedade, mas após ultrapassar os receios iniciais, realizou o dobro do percurso estabelecido para o treino de marcha.

O sucesso deste programa de reabilitação, possibilitou que a doente reconquistasse a sua autonomia, permitindo que saísse diariamente do domicílio para beber café, conviver com os seus vizinhos, promovendo a sua reintegração social.

Também foram prestados cuidados a outro doente idoso, que tinha sido submetido a artroplastia da anca devido a fratura do colo do fémur, provocada por queda. O programa de reabilitação incluía exercícios isotónicos e isométricos, com o intuito de fortalecimento das estruturas musculares e ligamentos seccionados com a cirurgia, com maior incidência nos músculos glúteos e nos quadríceps, essenciais à marcha.

Reconhecemos a relevância do fortalecimento dos membros superiores, pois simplifica a utilização dos auxiliares de marcha e desenvolve a competência para a execução das AVD (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2013). Foram realizados treinos de transferência cama/cadeira/cama, do levantar, da marcha e o subir e descer escadas, com *“produtos de apoio”*, os mesmos, foram selecionados de acordo com a idade, situação clínica e dependência do doente, conforme sugere a OE (2013).

Para diminuir as consequências da imobilidade, concordámos com o mencionado pela OE (2013), quando refere que é decisivo o *“diagnóstico precoce, e o planeamento de intervenções” (...)* *“objetivando a prevenção de complicações e a manutenção ou recuperação da capacidade funcional”* (2013, p. 72). Os *outcomes* apresentaram ganhos essenciais para o doente, com mais autonomia e melhor qualidade de vida. (OE, 2013)

Constatámos que este doente manifestava ansiedade e medo relacionados com a queda sofrida, sendo necessário incutir confiança para minimizar a insegurança, promover a reabilitação e prevenir novas quedas, como é mencionado nas recomendações da DGS (2003, p.28): *“a prevenção de novas fraturas deverá ser uma prioridade para todos os profissionais”*, também corroborada como um dos principais objetivos do no PNSD de 2015-2020 (Despacho nº1400-A/2015 de 10 de fevereiro).

Um dos cuidados que tivemos aquando a visita domiciliária, foi a avaliação imprescindível do ambiente/espço, para o reconhecimento de barreiras arquitetónicas que impedissem a marcha e/ou a utilização do apoio de marcha. Também foram adotadas algumas medidas necessárias para a segurança: calçado fechado e confortável, sem atacadores, com base larga e sola antiderrapante; chão desimpedido e, o apoio de marcha deve manter a borracha íntegra. Estas medidas instituídas minimizam o risco de quedas, para a promoção de um ambiente de segurança, baseado na prevenção do isolamento social (Roque et al., 2014).

Surgiu também uma situação de um doente idoso, com neuropatia secundária, associada a patologia vascular periférica, que manifestava atrofia muscular e rigidez articular, com predomínio dos cotovelos. O objetivo deste programa de reabilitação motor foi melhorar a força, aumentando a massa muscular, a

mobilidade e a conservação da amplitude articular, bem como, a melhoria da capacidade funcional para realização das AVD.

Foram integrados exercícios aeróbicos e anaeróbicos para fortalecimentos dos membros superiores e membros inferiores com pesos, treino de transferência, de marcha entre a sala e a casa de banho, da entrada e saída do poliban, barbear-se, entre outros. Os exercícios permitiram a melhoria da capacidade funcional e da *performance* músculo-esquelética (Spruit et al., 2013).

Neste doente foram utilizados os três sistemas: o sistema totalmente compensatório, usado no início da nossa intervenção devido à sua incapacidade, onde o doente foi substituído na maioria do autocuidado, como a alimentação, higiene, vestir/despir. Por outro lado, o doente melhorou progressivamente e passou a usar o sistema parcialmente compensatório, sendo parcialmente substituído, como por exemplo, para se alimentar, sendo necessário que os alimentos fossem fracionados previamente pela terceira pessoa. Quando realizámos educação, tanto ao doente como à família ou supervisão das atividades que começou a executar e o incentivo do reforço positivo, foi aplicado o sistema de apoio e educação. O resultado da nossa atuação foi muito positivo, com melhoria da qualidade de vida e de autoestima.

Cuidar é manter a vida, garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades a ela indispensáveis, mas que são diversificadas na sua manifestação (Collière, 1989).

Foi fundamental detetarmos, que os familiares cuidadores se deparam com várias dificuldades na satisfação das necessidades do idoso dependente. Esta situação ocorre por variados fatores, principalmente por não terem apoio, nem formação, e na maioria das vezes com a mesma idade e com as mesmas dificuldades funcionais, ou trabalham e tem que assumir repentinamente esse papel.

Ao longo do período de estágio foi dada especial atenção em incluir e incentivar a família na parceria dos cuidados ao doente. Foi promovido espaço, também para o diálogo, verbalização de dúvidas e dificuldades. Foram desenvolvidos conhecimentos e estratégias, apropriadas às necessidades do doente/família. Houve momentos, que nos apercebemos que a família apresentava desgaste físico e emocional associado ao estado de dependência do doente. Em conjunto com a equipa interdisciplinar, foi proporcionado o suporte emocional que

necessitavam, demonstraram que se sentiam compreendidos, apoiados e mais confiantes. Nesta situação em particular, não foi sugerido a promoção do descanso para o cuidador, devido ao doente ter regressado há três dias da Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR).

Aferiu-se que o EEER, devido à sua posição privilegiada com o doente, de empatia e proximidade, consegue aperceber-se de situações supramencionadas e promover o apoio e a educação para a família. Deste modo, obtêm estratégias de *coping*, tornando-se mais facilitador na resolução de situações mais complexas, relacionadas com os cuidados ao doente (Hesbeen, 2001).

Experienciámos igualmente, a valorização do doente/família, perante as intervenções realizadas, devido ao reconhecimento de resultados positivos na sua qualidade de vida, nomeadamente, a diminuição de sintomas, melhoria da funcionalidade, melhoria da tolerância ao esforço, redução das agudizações e melhoria para o desempenho das AVD.

No Serviço de Pneumologia, particularmente no doente com DPOC, observamos que este apresenta inevitavelmente défices no requisito da manutenção de ar, associada à diminuição do tempo expiratório e à diminuição do fluxo respiratório. Perante o exposto, objetivámos o aumento do volume expiratório e a diminuição do trabalho respiratório, para atenuar os sintomas respiratórios e manter a doença estabilizada (Hoeman, 2011). Através da elaboração de diagnósticos de ER foi possível, de acordo com o estágio da doença em que o doente se encontrava, aplicar o sistema total e parcialmente compensatório e/ou o sistema de apoio e educação.

Confirmámos, que durante a fase de agudização da doença as intervenções planeadas no âmbito da RFR deviam ser introduzidas gradualmente, de acordo com a intensidade da dispneia manifestada e a tolerância do doente ao esforço (Menoita & Cordeiro, 2012). Ao realizarmos as intervenções ao doente com DPOC, a intensidade da dispneia foi diminuindo progressivamente, a tolerância ao esforço foi melhorando e a complexidade dos exercícios instituídos foram aumentando.

No início de cada sessão de RFR, incentivámos o doente a manter uma posição de relaxamento e conforto, permitindo a consciencialização e controlo da respiração, com o propósito de diminuir a tensão psíquica e muscular, permitindo a redução da sobrecarga muscular. Esta técnica foi utilizada no relaxamento dos

músculos da cintura escapular, pescoço, músculos acessórios da respiração e membros superiores, facilitando a respiração diafragmática (Heitor, 2003).

Verificamos a grande importância desta técnica no início do programa, pois é fundamental para o bom desempenho do doente nas técnicas posteriores, devido ao seu relaxamento físico e psíquico. Nesta continuidade, Cordeiro & Menoita (2012, p.68) mencionam que *“a pessoa ao ter a percepção da sua respiração consegue controlar a frequência, a amplitude e o ritmo adequados à sua situação, de forma a obter uma melhor ventilação, com um menor dispêndio de energia”*.

Apercebemo-nos que os doentes com DPOC devido à dispneia, desenvolvem níveis elevados de ansiedade, produzindo um grande impacto na qualidade de vida. Ao realizarmos os exercícios supramencionados, evidenciamos a sua eficácia na diminuição da ansiedade, no melhoramento da ventilação/perfusão, comprovado pela gasometria e avaliação da saturação periférica.

A técnica da correção postural também foi realizada, apesar de ter existido a limitação da ausência do espelho quadriculado. Esta intervenção teve o propósito da prevenção e correção de assinergias ventilatórias, corroborado por Testas e Testas (2008, p.168) *“o ensino da correção postural e da adoção de uma posição correta é fundamental para uma boa ventilação e para uma adequada prevenção e correção de defeitos posturais.”*

Para a melhoria do padrão respiratório, diminuição da dispneia, melhoria do volume corrente da ventilação alveolar, redução da atividade da musculatura acessória e fortalecimento da parede abdominal, utilizamos a técnica de reeducação diafragmática e hemicupulas. Para o fortalecimento da musculatura abdominal e diafragmática, assim como para melhorar a resistência à fadiga foi necessário introduzirmos alguma resistência (soro de 1000ml ou mão do enfermeiro) (Hoeman, 2000).

Conferimos, que os doentes não toleravam o posicionamento em decúbito ventral, para a reeducação da porção anterior do diafragma, devido a não se sentirem confortáveis.

Ao longo do estágio, comprovámos que a técnica de posição de cocheiro, utilizada pelos doentes que apresentam hiperinsuflação foi muito eficaz, pois promove o esvaziamento completo alveolar (Hoeman, 2011). Constatámos que a associação da respiração diafragmática, a expiração com os lábios semicerrados e o aumento da compressão do conteúdo abdominal, que ocorre pela inclinação

anterior do tronco possibilitam a melhoria da respiração devido à diminuição do uso dos músculos acessórios e a excursão diafragmática (Machado, 2008).

No entanto, para que a técnica fosse um sucesso, foi necessário facultar mais ênfase à fase expiratória (6 segundos), relativamente à fase inspiratória (3 segundos), com inspiração nasal e expiração pela boca.

Foram realizados exercícios de reeducação costal seletiva e global com e sem bastão, o que possibilitou a abertura costal global, a promoção da expansão, a mobilidade torácica e a melhoria da ventilação pulmonar. Na técnica da abertura costal seletiva, o doente permaneceu posicionado em decúbito lateral, onde apresenta os mesmos benefícios mencionados (Cordeiro & Menoita, 2012).

Um dos primeiros sintomas a manifestar-se no doente com patologia obstrutiva é a tosse, trata-se de uma ação reflexa de defesa do organismo, e é através desta que as secreções são mobilizadas até à orofaringe para serem expelidas, assegurando a permeabilidade das vias aéreas, a melhoria das trocas gasosa e a prevenção de complicações.

Face ao doente em crise, com dispneia e hipersecreção brônquica, na maioria das vezes a tosse é pouco eficaz como mecanismo de limpeza das vias aéreas, devido a vários fatores, nomeadamente: a diminuição da força dos músculos respiratórios e abdominais, à imobilidade, anestesia, dor e principalmente à técnica mal-executada.

Neste contexto, subsistiu a necessidade de efetuar ensinamentos de tosse dirigida e de tosse assistida ou do Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias (CATR). A primeira técnica consiste numa simulação mais fisiológica. Confirmou-se que nesta técnica, a posição do doente é fulcral para a sua eficácia, facilitando a inspiração e a expiração, devido à contração dos músculos abdominais e ao auxílio da biomecânica diafragmática (Cordeiro & Menoita, 2012).

Recorremos várias vezes ao método CATR devido à sua eficácia na mobilização e aumento do volume da eliminação da expectoração, reduzindo o tempo de tratamento (Osadnik et al., 2012; Morrison & Agnew 2014). Este conjunto de técnicas é um método flexível que pode ser adaptado às necessidades de qualquer pessoa. Entendemos que promoveu o aumento do volume pulmonar na ventilação dos dois hemotórax e da desobstrução das vias aéreas colapsadas (Cordeiro & Menoita, 2012).

Esta técnica, combina o relaxamento e o controlo da respiração com predomínio diafragmático, exercícios de expansão torácica e técnica de expiração forçada. Praticámos o posicionamento de sentado e/ou com o auxílio da gravidade em diversas posições para a drenagem de segmentos pulmonares e a sua eliminação, e percebemos que o doente nem sempre tolerava.

A utilização das manobras acessórias, nomeadamente precursões, compressões e vibrações (desde que não existam contraindicações) foram introduzidas na fase expiratória em concordância com a tosse dirigida ou assistida. O seu ensino foi fulcral para auxiliar a limpeza das vias aéreas, sendo fundamental no plano de RFR (Cordeiro & Menoita, 2012).

Para promover a higiene brônquica foi crucial o posicionamento de drenagem postural modificada, visto que a maioria dos doentes não toleravam a posição assistida pela ação da gravidade, usada na drenagem postural clássica, por agravamento da dificuldade respiratória. Ao consultarmos a bibliografia, constatamos que a drenagem postural clássica, está contraindicado para o doente com broncospasmo, dispneia e instabilidade hemodinâmica (Hoeman, 2011).

Apesar dos poucos estudos científicos que comprovem a sua eficácia, o espirómetro de incentivo invertido foi um dispositivo muito utilizado nos doentes com DPOC, no sentido de conceder ênfase à fase expiratória, promovendo um efeito semelhante à técnica *Huffing*/técnica de expiração forçada (Cordeiro & Menoita, 2012), referenciada como técnica de tosse modificada, para mobilizar secreções e fortalecimentos da musculatura expiratória.

As exacerbações dos doentes obstrutivos, são causadas pela acumulação de secreções e obstrução do fluxo aéreo (Cordeiro, 2014)

Assim no estágio hospitalar, ainda surgiu a oportunidade de utilizarmos o *Cough assist*, que consiste num dispositivo mecânico, não invasivo, de insuflação/exsuflação, utilizado para simular a tosse eficaz. (Morrison, 2015). Permite através de ciclos de pressão positiva (insuflação) e pressão negativa (exsuflação) a mobilização das secreções para a via aérea proximal (Branco, S., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A., & Maia, J., 2012). Em que posteriormente, as secreções poderiam ter sido expelidas pelo doente ou aspiradas, esta última, por debilidade funcional.

Também existiram momentos em que instruímos, treinámos e validámos alguns dispositivos de ajuda na mobilização de secreções, nomeadamente o *flutter*, *shaker* e a *acapella*.

Na impossibilidade da expulsão ou deglutição das secreções mobilizadas recorreu-se, em último recurso, à aspiração de secreções, que para além de promover a permeabilidade da via aérea, também previne a estase de secreções.

A qualidade, a eficiência e a eficácia são metas pretendidas nos cuidados de saúde e contemplam um papel predominante na gestão de cuidados e os enfermeiros devem ser detentores desta competência, tal como estabelecido pela OE (2010a, p.4).

Domínio da Gestão dos Cuidados (2010^a)

C1. Gere os Cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar;

C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Domínio Específico de EEER

J3. “Maximiza a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa” (OE, 2010^b).

8. Otimizar o trabalho em equipa, na promoção da segurança e qualidade de vida do doente com DPOC e à pessoa com cuidados especiais.

O enfermeiro especialista desenvolve competências de forma eficiente em todas as áreas, incluindo a gestão. Foi neste domínio que as necessidades do doente cuidado obtiveram respostas, através da definição de estratégias para a correta gestão de recursos humanos e materiais, criando um ambiente de cuidados seguros e de qualidade. A organização de cuidados implica a colaboração da equipa multidisciplinar nas decisões e o encaminhamento para os profissionais de saúde mais adequados.

A associação do treino de técnicas, exercícios e ensinamentos maximizou a funcionalidade do doente no aumento da autonomia no autocuidado. Objetivou-se a diminuição do grau de dependência, diminuindo a necessidade de cuidados e a alteração para o sistema parcialmente compensatório ou de apoio e educação.

A efetivação da integração na equipa multidisciplinar permitiu um conhecimento mais alargado das funções desempenhadas por cada elemento da equipa e proporcionou o estabelecimento de uma relação de parceria.

O sucesso do funcionamento da equipa consistia na capacidade de resposta às necessidades do doente perante os escassos recursos que dispõem, numa autêntica combinação de habilitações (Hesbeen, 2001).

Esta interação facilitou a entreajuda, partilha de saberes, o desenvolvimento de competências com a valorização da intervenção e partilha mútua de informação, acerca dos vários doentes a quem foram prestados cuidados especializados.

Nos dois locais de estágio, existiram momentos em que o meu parecer foi solicitado pelos elementos da equipa multidisciplinar, contribuindo na discussão e formulação de objetivos na reabilitação do doente.

A título de exemplo, recordamos o serviço de Pneumologia e quando trabalhámos em parceria com a Dr^a L. T. e a orientadora de estágio. Discutimos acerca dos vários doentes internados, das suas necessidades, intervenções e os resultados esperados, obtidos e a sua reformulação quando necessária.

A equipa médica, para determinar se a alta de um doente em que fui responsável, e se encontrava em programa de RFR seria espectável, solicitou a realização do teste de marcha. Apesar desta prova cronometrada ter sido executada com outros doentes, esta solicitação fez-me sentir como um elemento integrante na equipa.

Confirmou-se que a prova de treino de marcha pode expressar a monitorização da doença respiratória crónica e a sua evolução, a eficácia do tratamento, a identificação dos fatores limitantes na capacidade funcional do doente no exercício, como a dispneia, a fadiga e a tolerância a pequenos e médios esforços, que originam o impacto nas AVD.

Durante a realização da prova, foi importante a avaliação da frequência cardíaca, da oximetria de pulso e da manifestação dos sintomas (Holland, Spruit, & Singh, 2015). A Associação Portuguesa de Cardiopneumologistas (s.d.) salienta que a prova *“ determina o trabalho que pode ser realizado sem excessiva acumulação de ácido láctico, que conduz ao aumento das necessidades ventilatórias e consequentemente à dispneia ”* (s.d.).

Tivemos especial cuidado, em explicar ao doente que a prova objetiva a distância máxima percorrida durante 6 minutos, no corredor em superfície plana e previamente marcado de 3 em 3 metros. Ao longo do trajeto, o doente foi encorajado, com incentivos verbais e informado do tempo que faltava em cada minuto decorrido. O teste podia ter sido interrompido para o doente descansar, caso apresentasse sintomas de cansaço, dispneia, taquicardia ou dor nos membros inferiores, retomando a prova se o quadro revertisse. A prova foi um sucesso e o doente concluiu-a sem manifestar qualquer tipo de sintoma e com resultado positivo, o que promoveu a alta para o domicílio. Com os resultados, comprovou-se que a RFR proporciona ao doente com DPOC, a melhoria das capacidades no desempenho das AVD, possibilita a aquisição de benefícios físicos, psicológicos e contribui futuramente para uma maior participação social.

No sentido de maximizar a funcionalidade do doente idoso/família, identificou-se que a RFR é uma intervenção realizada pelo EEER sustentada pela avaliação criteriosa do doente baseada na educação para a saúde, objetivando a alteração de comportamentos, incluindo o exercício físico, para *“melhorar a condição física e emocional dos portadores de doença respiratória crónica e para promover a adesão a longo prazo de comportamentos promotores de saúde”*. (American Thoracic Society [ATS/ERS], 2014).

Durante o percurso de desenvolvimento de competências de EEER, demos especial ênfase à educação para a saúde, que é a pedra basilar da RFR na gestão da doença. Os ensinamentos realizados foram devidamente estruturados e direcionados para as necessidades do doente/família através de um olhar holístico, individualizado e especializado, visando a promoção da alteração de comportamentos impulsionadores de saúde. Na doença respiratória, para a concretização da educação e ensino ao doente/família foram tidas em conta as diretrizes da DGS (2009):

conhecer a intervenção adequada a adotar em cada momento; Promover uma modificação do comportamento e estilo de vida ajustado à doença; Lidar com o tratamento da doença e com a prevenção das suas complicações; Tornar o doente o mais possível autónomo no autocontrolo da doença e no recurso aos serviços de saúde (2009, p. 6).

Compreendemos que o ensino, promove o conhecimento e a capacidade do doente/família, incentivando à pró - atividade no processo da gestão da doença e controlo dos fatores de risco no alívio dos sintomas, perspetivando obter o máximo de funcionalidade, melhorar o estado de saúde, o bem-estar e a

prevenção de complicações como as exacerbações e sucessivamente os internamentos e a mortalidade. Como complemento na educação foram facultados folhetos em suporte de papel, existentes no serviço, para o doente/família consultar e recapitular os ensinamentos e a informação facultada.

9. Planear intervenções, em parceria com o idoso com DPOC e família, baseadas na promoção e melhoria do fluxo respiratório, com recurso às técnicas da gestão de energia.

Constatamos com a evolução da doença, os doentes com DPOC apresentam dispneia e cansaço progressivo e, consequentemente apresentam limitações nas AVD (Neto & Amaral, 2003). Estas limitações estão associadas à inatividade, que sucede na diminuição progressiva da autonomia, da capacidade funcional e da qualidade de vida (MacNee et al., 2011).

Para minimizar estes sintomas incapacitantes, realizámos ensinamentos no sentido de capacitar o doente idoso no desenvolvimento de conhecimentos acerca das técnicas de gestão de energia. Estas técnicas consistem na coordenação do controlo respiratório com os lábios semicerrados durante a realização das rotinas diárias, com o dispêndio de menor energia, menor consumo de oxigénio e diminuição da sensação da fadiga e da dispneia (Sprit et al., 2013; Branco et al 2012).

Foi notória a importância da execução dos exercícios de mobilidade, que exigem maior esforço ou dispêndio de energia, que estivessem em sintonia com a fase expiratória. A intervenção prestada teve como resultado a melhoria notória da diminuição da dispneia, maior tolerância ao esforço e diminuição do *score* na escala de Borg Modificada, possibilitando que o doente realizasse o seu autocuidado na casa de banho com supervisão, assim como a realização de outras atividades.

Para a sua concretização, foi necessário sensibilizar o doente para o planeamento das etapas e dos recursos necessários pela ordem de utilização, como:

- a pertinência de realizar as atividades sempre sentado e preparar todo o material antecipadamente e de acordo com a ordem que necessita;
- no autocuidado higiene, a importância da utilização da escova de cabo longo para lavar as costas e os pés;

- secar o corpo utilizando o roupão atalhado;
- para cortar a barba, pentear-se ou escovar os dentes, deve fazê-lo com os cotovelos apoiados no lavatório, em frente ao espelho;
- no autocuidado vestir-se, deve iniciar pelos membros inferiores, vestir as calçar, depois calçar as meias e sapatos, com o pé em cima do membro inferior oposto, ou recorrendo à calçadeira de cabo comprido. Posteriormente, vestir a metade superior do corpo, colocar-se de pé e ajustar a roupa (DGS, 2009);
- dar preferência a roupas largas, calçado antiderrapante e sem cordões ou com elásticos;
- na marcha é essencial que a realize devagar, com controlo da respiração, nomeadamente: inspirar primeiro, ir dando alguns passos enquanto expira lentamente, bem como, subir as escadas lentamente, degrau a degrau durante a expiração (Velloso, Marcelo & Jardim, 2006).

Além dos ensinamentos mencionados ao longo deste relatório, foram realizados outros igualmente importantes, como a cessação tabágica e a oxigenoterapia de longa duração ($O_2 > 15h$ dia), ocasionam menor ocorrência de complicações, diminuição do número de hospitalizações, alterando o percurso natural da doença e aumentam a sobrevivência do doente (DGS, 2015).

Realizámos a desmistificação da realização do exercício na DPOC e os seus benefícios, assim como, o incentivo e o treino da realização da eliminação vesical e intestinal na casa de banho. Foi também realizada a prevenção e monitorização de úlceras de pressão e das quedas, a identificação de sintomas que provocam as exacerbações e a importância da vacinação como prevenção das infeções respiratórias e respetivas exacerbações.

A terapêutica farmacológica instituída para estes doentes abrange os broncodilatadores e os corticoides por via inalatória. Perante o exposto, foi realizada a monitorização, o ensino da técnica inalatória. Constatou-se ao solicitar a demonstração da técnica aos doentes que executavam inaloterapia, que a maioria não a realizava corretamente.

De acordo com a DGS (2017), a utilização errada da técnica inalatória prejudica o doente do seguinte modo:

a incorreta aplicação da técnica inalatória determina a falta de controlo da doença, com consequências na qualidade de vida do doente, aumento da frequência de episódios de urgência e internamentos, deterioração da função pulmonar e agravamento dos custos em termos globais (2017, p. 3).

Para realizarmos o ensino da técnica inalatória, tivemos necessidade de estudar, rever a técnica e treinar para subsistir melhoria do conhecimento na sua execução (Apêndice V), para efetuar o ensino corretamente, permitindo eficácia do medicamento e uma maior adesão terapêutica. Como refere a DGS (2017), o EEER *“deve conhecer, saber demonstrar e treinar a técnica inalatória” e efetuar (...) ensino e avaliação das técnicas de inalação” (2017, p.11).*

Assim, a monitorização da técnica deve ser realizada através das *“listas de verificação (“checklists”) de procedimentos que identifiquem os erros e que possibilitem a sua correção.”*, e devem ser registadas no processo do doente para reforçar os ensinamentos e dar continuidade aos cuidados.

O requisito universal que normalmente se encontra em défice nestes doentes, está associado à manutenção de quantidade suficiente de água. Outro fator limitante, associado a uma fase mais avançada da doença é a nutrição deficiente devido à presença da dispneia (Booker, 2005). Este desequilíbrio tem um impacto negativo na força muscular respiratória e periférica (Smyth, 2014; Shepherd, 2010;) e está igualmente associado ao aumento da mortalidade e diminuição da aptidão para o exercício (Ferreira, Brooks, White & Goldstein, 2012).

Realizámos ensinamentos, objetivando a consciencialização do doente para a importância da hidratação, da alimentação adequada e das repercussões nas AVD, na aptidão para o exercício e no aumento da probabilidade para as exacerbações, originando a debilidade muscular esquelética e respiratória. Esta situação ocorre devido ao sistema imunitário se encontrar debilitado e mais propício às infeções respiratórias, com aumento da dispneia, diminuição da capacidade funcional nas AVD e da qualidade de vida.

A RR implica a intervenção de vários técnicos de saúde integrados na equipa multidisciplinar, como o EEER, assistente social, nutricionista, pneumologista, psicólogo/psiquiatra entre outros (Simão et al., 2009; DGS, 2009a). Existiram situações, que foi necessário a referência para outros profissionais de saúde (OE, 2015). Reconhecemos que a articulação com os outros profissionais de saúde é uma constante essencial.

No entanto, nesta parceria o EEER adota um papel central na coordenação e gestão dos cuidados. Tal como está descrito nas competências comuns do EE (2011), este *“adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedor da melhor resposta do grupo e dos indivíduos”* (2011, p.8652). Assim, como gestores, foi realizada a avaliação das necessidades em parceria com o doente/família, e a gestão dos recursos materiais disponíveis, para se conseguir dar resposta no desenvolvimento da capacitação e maximização da autonomia nas AVD.

Na preparação do doente para a alta, realizamos o planeamento dos ensinamentos supracitados, desde o início do internamento, com encaminhando do doente/família para os recursos essenciais disponíveis, visando a continuidade dos cuidados e promoção da qualidade dos cuidados. De acordo com a DGS, (2004) o planeamento da alta é:

um processo complexo que exige uma efetiva comunicação entre os membros da equipa, o doente e a sua família, que deve considerar as necessidades de equipamentos materiais e sociais e a ligação com quem na comunidade providencia os cuidados e serviços necessários” (2004, p.3).

Neste sentido, foram facultadas orientações facilitadoras, para a integração no domicílio, permitindo que o doente participasse proativamente na gestão da sua doença.

Comparativamente aos dois contextos, foi notório, apesar do hospital ter mais recursos, foi no domicílio num ambiente sociofamiliar e de recursos escassos de maneira geral, que se tornou mais facilitadora a priorização e gestão dos cuidados. Isso ocorreu essencialmente devido ao doente se encontrar estável e mais disponível para participar no programa de reabilitação. Em contrapartida, em meio hospitalar o doente encontrava-se na fase aguda da doença, muitas das vezes hemodinamicamente instável, condicionando a intervenção do EEER e limitada a RFR. As prioridades foram sempre ponderadas, de acordo com as necessidades do doente e das atividades distintas que teria de ser submetido, de maneira a assegurar a segurança e a qualidade.

Como término, foram desenvolvidas competências no domínio das aprendizagens profissionais:

Domínio das Aprendizagens Profissionais (2010_a)

D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

10. Desenvolver cuidados de enfermagem de Reabilitação, baseados em conhecimentos científicos, que visem a promoção do autocuidado.

Para a concretização deste domínio foi crucial o recurso à pesquisa baseada na evidência e o aprofundar de conhecimentos ao longo de todo o estágio, como indica a OE o EEER tem a *“capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais”* (2010a, p.9) A praxis da prática *“revela a dimensão de si e da relação com outro, em contexto singular, profissional e organizacional”* (OE, 2010a).

Tal como foi referido no início deste capítulo, o domínio das aprendizagens foi transversal aos dois estágios, a todo este relatório e ao longo da vida profissional. Só com a aprendizagem é que se produz conhecimento e através deste é possível o desenvolvimento de competências imprescindíveis para o exercício de funções de especialista.

Ao questionarmos a prática, refletimos acerca da ação, com o intuito de fundamentarmos conscienciosamente o agir, baseado nas crenças, expectativas e valores do doente/família. A reflexão, permitiu que se experienciasse novas maneiras de atuar através da assimilação e aprofundamento de novos conhecimentos associados a vivências anteriores.

Ao longo do estágio, foram adquiridas aprendizagens que surgiram da análise e da reflexão sobre a ação dos cuidados, tendo como apoio os jornais de aprendizagem, a colaboração e orientação da orientadora de estágio e da docente orientadora.

O jornal de aprendizagem foi estruturado através do Ciclo Reflexivo de Gibbs (2015) e surgiu da necessidade de um momento reflexivo, que contemplava a necessidade de aprofundar uma temática, dificuldade ou dúvida sentida, ou ainda alguma situação mais pertinente. Confessamos que não foi fácil refletir, mas mais difícil foi transcrever para o papel o pensamento crítico de mudança. Esforçamo-nos para o realizar, solicitando a colaboração da orientadora, tendo como premissa a estruturação cognitiva e a verbalização da informação.

Este método, permitiu a integração de novos saberes e a mudança do pensamento, tornando-o reflexivo e crítico, possibilitando o desenvolvimento de competências e transformações tanto ao nível pessoal, académico, como no exercício profissional. No entanto, consideramos que a grande motivação sentida para adquirir conhecimento, contribuiu no progresso da aprendizagem.

O estágio, pelas características que lhe são inerentes, proporciona alguma tensão e ansiedade, minimizadas pelo ambiente emocional positivo, humano e simplista na aprendizagem, proporcionado pela orientadora dos dois estágios.

Claro que nos sentimos verdadeiramente encantados, com o relacionamento de confiança e de tranquilidade, propício à integração de conhecimentos adquiridos na teoria, para a prática e ao desenvolvimento de novos saberes, perspetivando a corresponsabilização do estudante. Nesta dimensão, experienciamos o incentivo e a motivação do conhecimento crítico e reflexivo, baseada na evidência científica e no desenvolvimento de competências.

Neste prisma, a Supervisão é realizada por uma pessoa experiente, com conhecimentos científicos para orientar o estudante no desenvolvimento de competências através da reflexão e da experimentação (Alarcão & Tavares, 2010). Perspetivando a segurança para o doente, a qualidade dos cuidados prestados, no caminho para a excelência.

Quando refletimos acerca do papel desempenhado da enfermeira orientadora, no papel de supervisora, constatamos que está baseada na formação, na experiência sustentada e na prática reflexiva, como é pressuposto na enfermagem avançada. Esta reflexão contribuiu para o desenvolvimento de competências de supervisão, que queremos adotar na prática de cuidados.

Outra competência muito importante é a comunicação, tratando-se de um processo complexo e interativo desenvolvido pelos intervenientes, que pode permitir o fracasso ou o sucesso na relação. Enquanto futuros EEER tivemos presente que os primeiros minutos de comunicação são fulcrais para o estabelecimento da relação empática entre o enfermeiro e o doente/família, permitindo o desenvolvimento da confiança na relação. Uma comunicação eficaz em saúde segundo a DGS (2017) *“contribui para a rápida tomada de decisões, promove pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais”* (2017, p. 6).

Verificamos que a comunicação, se trata de uma ferramenta para desenvolver e aperfeiçoar durante toda a vida pessoal e profissional, viabilizando e potenciando a relação terapêutica, garantindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. A DGS salienta a importância da comunicação eficaz nos cuidados de saúde, como um contributo para melhorar a segurança do doente e para a diminuição dos incidentes DGS (2017).

Fomos solicitados para realizarmos exercícios respiratórios, a um doente com insuficiência respiratória que era pouco participativo. Naquele momento, ficámos um pouco apreensivos e apesar do Sr. A. M. manter um fâcies austero e responder às questões de forma brusca, pensámos que a melhor forma de criar uma relação terapêutica seria manter o fâcies sereno, sorrir e comunicar pausadamente em tom neutro.

Este doente foi elucidado acerca dos benefícios dos exercícios respiratórios na sua doença, e devido a termos maior disponibilidade como estudante em relação aos EEER e pela relação terapêutica estabelecida, conseguimos superar com sucesso esta dificuldade. Em parceria com o doente, concebemos um plano de exercícios e foram executadas intervenções ao nível da função respiratória, otimizando-a.

O doente teve uma boa adesão terapêutica, muito participativo e manifestou elevada satisfação, por constatar que sentia algumas melhorias na função respiratória. Este doente necessitava de ensinamentos e supervisão, o sistema de Orem aplicado centrou-se no apoio e educação.

No primeiro contacto com o doente, foi notório que este se encontrava particularmente vulnerável. Através do papel profissional que desempenhávamos, influenciámos a maneira de ser, com o tom de voz, a atitude, mas principalmente o propósito, espelhado pelos gestos e pelas palavras verbalizadas (Phaneuf, 2005).

O EEER é provedor de conhecimentos científicos especializados, mas se não conseguir fomentar a relação terapêutica e motivar o doente para a adesão do programa de reabilitação, o mesmo será um fracasso. Hesbeen (2001, p.74) explica que o ER tem que *“atuar no sentido de ir ao encontro da pessoa (...) para conseguir (...) tecer laços de confiança com essa pessoa. Isto traduz-se pelos sentimentos que a pessoa cuidada experimenta”* (2001, P.74). Foi através da comunicação que estabelecemos, a empatia, a confiança, que favorecemos a

relação terapêutica com o doente. A comunicação é fundamental na intervenção de enfermagem (Fernandes & Vareta, 2018).

Tendo por base a aprendizagem, a chefe do Serviço de Pneumologia concedeu a oportunidade de realizar uma visita de dois dias à sala de ventilação não invasiva. Neste contexto, foram apurados conhecimentos acerca do manuseamento de alguns aparelhos, aprendemos a efetivar alguns ensinamentos aos doentes. Este conhecimento permitiu que a intervenção realizada perante o doente com DPOC fosse devidamente fundamentada, direcionada para as suas necessidades, objetivando a continuidade da VNI no domicílio.

Foi notório que os doentes se sentiam mais confortáveis com a interface nasal, por ser menos claustrofóbica, permitindo a fala e a deglutição e um maior campo de visão. Por outro lado, a máscara torna-se mais eficaz para os doentes que apresentavam hipercapnia. É perentório monitorizar o conhecimento da técnica e reforçar a educação para a saúde nestes doentes. Este acompanhamento aos doentes tem revelado efeitos bastante positivos, na diminuindo das exacerbações e das idas ao serviço de urgência, o tempo e o número de internamentos registados (Roque et al., 2014).

Foi marcada presença nas III Jornadas de Cuidados Respiratórios em Enfermagem, com o tema “ *Doente Respiratório Crónico: Desafios e Necessidades no Mundo Real*” que decorreu nos dias 18 a 20 de Abril de 2018, no Olaias Park Hotel em Lisboa (Anexo VIII), onde foram abordadas várias temáticas neste âmbito. Participei no workshop que concedeu o curso Teórico-Prático em DPOC (Anexo IX). Estas jornadas proporcionaram-me a oportunidade de compreender a realidade da doença respiratória em Portugal, viabilizaram a aquisição de conhecimentos acerca de outras realidades, particularmente o procedimento a realizar quando um doente com DPOC quer viajar, a motivação do EEER na implementação de um programa de reabilitação numa aldeia em Trás os Montes e as alternativas aos escassos recursos.

11. Elaborar o relatório final de formação.

Para atingir o último objetivo “*Elaborar o relatório final de formação*” foi imprescindível que existisse o projeto de estágio como linha condutora, para facilitar a sua construção.

Outra componente especialmente fulcral foi a capacidade de refletir acerca da prática e a intervenção das orientadoras dos estágios e da orientadora docente, que foram decisivas para o sucesso deste percurso.

A elaboração deste relatório foi um processo complexo e moroso, tanto na organização da estrutura, como na descrição de algumas reflexões concretizadas durante o estágio na aquisição da aprendizagem no desenvolvimento de competências de futura EEER. Apesar de algumas dificuldades na sua construção, a reflexão baseada na análise crítica e na avaliação proporcionaram que este objetivo fosse concretizado com sucesso.

2: AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO

Para obter um resultado do percurso de aprendizagem, é necessário que ocorra uma análise e a avaliação refletida do processo formativo. Desta forma, o caminho delineado foi cumprido, com as atividades planeadas e executadas, visando os objetivos projetados para o desenvolvimento das competências comuns de EE, específicas de EEER e as competências preconizadas para o 2º ciclo.

Definitivamente, o contexto de estágio representa uma oportunidade única para adquirir competências profissionais e pessoais, perspetivando a prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.

No projeto de estágio foi planificado ‘*A Enfermagem de Reabilitação na Promoção da Reeducação Funcional Respiratória, no idoso com DPOC, em contexto domiciliário*’, contudo, a mesma só foi executada em meio hospitalar. Este facto ocorreu por duas razões, primeiro porque a DPOC se trata de uma doença subdiagnosticada, em que os valores numéricos representados nas estatísticas para estes doentes não são reais. Por outro lado, não são referenciados pelos profissionais de saúde para a realização de RFR no domicílio.

Assim, o doente que está integrado no programa de reabilitação é incentivado a deslocar-se ao hospital mais próximo ou a um centro de reabilitação, com o propósito de o reintegrar na sociedade e na prevenção do isolamento social e, consecutivamente na prevenção da depressão.

Ao longo de 18 semanas, distribuídas por dois estágios, foi vivenciado um enorme leque de experiências e executadas diversas atividades, que permitiram a aquisição de competências específicas de EEER. No entanto, este percurso traduziu-se em pontos fortes e pontos fracos, que serão descritos nesta secção.

Como pontos fortes, destacaram-se o excelente acolhimento recebido nos dois locais de estágio, por toda a equipa multidisciplinar, fator relevante para a que a integração sucedesse de forma progressiva e eficaz. As oportunidades instituídas, a aquisição de conhecimentos e a evolução na técnica foram fundamentais para a aprendizagem. Para atingir esta meta, foram fulcrais a experiência, a partilha de conhecimentos e a disponibilidade das Enfermeiras Orientadoras, assim como as reuniões realizadas com a docente orientadora, que

proporcionaram momentos de reflexão acerca da prática, de modo a alterar e a integrar o resultado no exercício profissional.

A minha motivação e empenho foram fulcrais para ultrapassar as dificuldades surgidas, assim como o estudo e a cooperação das orientadoras. Como resultado, foram concebidos saberes que foram incorporados na prática de cuidados, permitindo que a metodologia de trabalho fosse fundamentada através da capacidade de decisão, sustentada pela evidência científica.

Nos dois contextos, realizou-se várias pesquisas bibliográficas aprofundada, para a fundamentação teórica. Esta última, com alguma dificuldade em verbalizar, mas na prática sempre foi concretizada através da mobilização de conhecimentos da teoria para o exercício de cada estágio, o que possibilitou muitas oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências especializadas nesta área. Considera-se que esta limitação foi superada através do treino e da colaboração das orientadoras de estágio e da docente.

Comprovei, que foi relevante para a prestação de cuidados ao doente idoso, a parceria estabelecida entre o EEER e o doente/família. Assim, foi dado elevado ênfase e valor à família, devido ao papel decisivo na promoção do autocuidado na autonomia do doente e na resolução de problemas.

Empenhamo-nos na execução das técnicas de RFR, para controlo da evolução da doença, na otimização e gestão da terapêutica, na melhoria da funcionalidade e na promoção de estratégias adaptativas para melhorar a qualidade de vida do doente.

Com a nossa intervenção cooperamos na otimização dos cuidados, na promoção da capacidade funcional e autocuidado do doente, na obtenção de ganhos em saúde e diminuição dos custos económicos, proporcionando a reinserção familiar, social e laboral.

Durante o percurso, foi necessário aprender a gerir emoções e sentimentos, possibilitando a prestação de cuidados com mais qualidade e segurança, na medida em que se atuava com mais confiança e eficácia, o que possibilitou maior autonomia e o aumento progressivo do número de doentes atribuídos pela orientadora de estágio.

Para a promoção de alteração de comportamentos foram implementadas estratégias educacionais, individualizadas e personalizadas com o intuito de

minimizar o impacto negativo na qualidade de vida do doente/família, portador de doença crónica.

Na educação para a saúde, não foi realizado ensino no âmbito da sexualidade. Contudo, destaca-se a sua importância e pertinência, percebendo a necessidade de enveredar esforços para que seja efetiva e proficiente nesta área de intervenção tão importante para a pessoa cuidada, de forma a dar respostas às suas necessidades, medos e receios.

Na ECCI existiram algumas limitações sentidas, como o facto de os EEER partilharem o mesmo táxi e os domicílios que realizam contemplam uma área geográfica extensa. Esta situação complexa requer uma articulação entre os intervenientes que viajam no mesmo veículo. No entanto, existiram momentos em que subsistiram dificuldades nesta articulação e para ganharmos tempo, deslocávamo-nos a pé.

As estratégias para colmatar o mencionado e em simultâneo adquirir mais tempo para a prática de cuidados, poderiam ser a redução da área geográfica, a aquisição de 2 veículos e dois motoristas que pertençam à ARS, para melhorar a coordenação e diminuir as despesas do uso do táxi.

Uma das fragilidades mais sentidas neste percurso foi o tempo facultado para cada estágio e a sua articulação com a vida pessoal e profissional. Apesar do resultado ter sido muito positivo, devido à satisfação de aquisição de novas competências, estes seis meses foram muito cansativos e desgastantes, com horas reduzidas de repouso e sem vida familiar e social. Todavia, o empenho, a motivação e a pró-atividade foram características que me acompanharam sempre, permitindo-me absorver o máximo de saberes e a sua consolidação.

A DGS salienta a importância da comunicação eficaz nos cuidados de saúde como um contributo para melhorar a segurança do doente e a diminuição dos incidentes (DGS, 2017). Assim, na prestação de cuidados ao doente, foi dado especial enfoque à competência da comunicação, baseada na veracidade, confiança, respeito, compreensão empática, escuta ativa e reforço positivo.

A comunicação eficaz e assertiva é subjacente à relação terapêutica e à motivação do doente, favorecendo a parceria nos cuidados com o doente/família, beneficiando o processo de capacitação para a autonomia, assim como, com os pares e com a equipa multidisciplinar.

Foram sentidas algumas limitações na aplicação da comunicação científica com os pares devido à sua especificidade, dificuldade que foi transposta com o empenho, motivação, treino e colaboração das orientadoras de estágio e docente, impulsionadoras na aquisição de mais esta competência.

Ao longo deste percurso, foram adquiridos atitudes, valores e conhecimentos baseados na práxis da investigação científica, necessários para o desenvolvimento de competências especializadas.

Por fim, face ao exposto e aos resultados obtidos, é possível afirmar que as competências preconizadas pela OE, para a atribuição de título de EEER e as competências mencionadas pelos descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino foram obtidas com sucesso.

Neste âmbito, para o desenvolvimento das competências foi necessário ter conhecimentos, capacidade de compreensão e a sua aplicação. Estas competências foram utilizadas na resolução de questões complexas, em parceria com o doente/família e a equipa multidisciplinar. Foi apresentada capacidade de tomada de decisão, no desígnio de resolução de problemas, devidamente fundamentados, com conhecimentos baseados na evidência científica. Ao longo deste período de aprendizagem, foi dada ênfase à comunicação

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DPOC trata-se de uma doença respiratória crónica e multissistémica, com agravamento evolutivo e incapacitante. Esta doença determina um enorme compromisso na perda da qualidade de vida do doente/família, que é refletido na autonomia do doente e nos elevados custos relacionados com a saúde.

Nesta conjuntura, as intervenções do EER consistem na capacitação do doente com DPOC na autogestão da doença e identificação dos sintomas, gestão das comorbilidades, maximização da autonomia e a promoção do autocuidado, ensino/treino. As intervenções do EER passam também pela gestão e monitorização da terapêutica inalatória e suporte ao doente/família, traduzindo-se na redução do número de exacerbações e reinternamentos, espelhados em ganhos em saúde e em benefícios socioeconómicos. Assim, é neste âmbito que o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação individualizados e diferenciados, baseados em problemas reais e potenciais das pessoas (Regulamento nº 125/2011, p.8658).

É ambicionado contribuir para a valorização e melhoria da qualidade nas diferentes áreas de atuação de EEER na prestação de cuidados à pessoa com necessidades especiais e ao doente do foro respiratório.

Apesar de ter sido um percurso intenso, foi muito enriquecedor em conhecimentos e correspondeu seguramente às minhas expectativas iniciais, uma vez que foram obtidos resultados positivos, na melhoria da prestação dos cuidados individualizados e especializados, centrados no doente/família.

As dificuldades e limitações intrínsecas excedidas ao percurso acabaram por se tornar um incentivo na motivação e concretização dos objetivos específicos, assim como nas atividades a incrementar no desenvolvimento de competências de EEER.

Em jeito de sugestão, considero que deveria ser implementada uma consulta promotora de melhoria de qualidade dos cuidados, para doentes com patologia respiratória crónica. Esta necessidade deve-se à especificidade e complexidade destes doentes, que consiste na cessação tabágica, sessões de esclarecimento acerca da doença, realização de rastreios, diagnósticos, realização de RFR, encaminhamento e articulação com outros profissionais.

O local da sua realização poderia ser na comunidade ou em contexto hospitalar, dependendo do local onde o doente tenha sido sinalizado. Também poderia ser feita a articulação entre estes dois locais, de forma a dar um maior acompanhamento e continuidade dos cuidados.

Na atualidade, idealizo um projeto relacionado com a RFR, que gostaria de implementar na instituição onde trabalho. No entanto, este novo desafio ainda não está bem refletido e estruturado, devido a ser perentória uma abordagem multidisciplinar ao doente com doença respiratória crónica.

Constatei que ainda existem algumas condicionantes no local selecionado, para a aplicabilidade do meu tema *“A Enfermagem de Reabilitação na Promoção da Reeducação Funcional Respiratória, no idoso com DPOC, em contexto domiciliário”*. Não só por se tratar de uma doença subdiagnosticada, como também pela carência de referenciação dos profissionais. Ainda existe um percurso longo para colmatar estas lacunas, apesar de algumas identidades mundiais sociopolíticas terem reunido esforços na sensibilização dos profissionais e na organização de respostas às necessidades destes doentes, assim como, no aumento da acessibilidade dos cuidados de saúde no domicílio.

Como término deste relatório, é importante salientar que pretendo continuar a investir na formação e na aprendizagem, procedendo ao aperfeiçoamento e atualização de conhecimentos e competências especializadas de EEER.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, B., M.A. Guterrez, G.L. e Marques, R. (2012). *Qualidade de vida*. São Paulo: Edições Each.

American Thoracic Society/European Respiratory Society: ATS/ERS (2015). *Task Force for COPD Research: Wich types of research will have greatest futures impact on patient-centred outcomes in COPD*. European Respiratory Journal., 45, 877-905. **DOI:** 10.1183/09031936.00009015

American Thoracic Society/European Respiratory Society: ATS/ERS (2014). *Field Walking Tests in Chronic Respiratory Disease*. *European Respiratory Journal*. **DOI:** 10.1183/09031936.00150314

Anderson R. & Funnell M. (2011). *Patient Empowerment: From revolution to evolution treatment strategies*. Consultado: 18.08.2018. Disponível: https://www.researchgate.net/.../257942341_Patient_Empowerme...

Alarcão I. & Tavares J. (2010). *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. (2ª ed.) Coimbra: Edições Almedina.

Associação Portuguesa de Cardiopneumologistas (s.d.). *Prova de Esforço Cardiorespiratória*. Acedido: 2018-05-05. Disponível: www.aptec.pt/.../132-prova-de-esforco-cardiorespiratoria.html.

Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação: APER (2010). *Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Acedido 2018-04-02. Disponível: <http://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Booker, R. (2005). *Chronic Obstructive Pulmonary Disease: non-pharmacological approaches*. British Journal of Nursing, 14 (1), p. 14-18. **DOI:** 10.12968/bjon.2005.14.Sup3.18606.
- Branco, P. S., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A. & Maia, J. (2012). *Temas de Reabilitação – Reabilitação Respiratórias*. Porto: Medesign. Acedido: 2018-07-02. Disponível: <http://docplayer.com.br/6449699-Temas-de-reabilitacaoreabilitacao-respiratoria-pedro-soares-branco-e-colaboradores.html>
- Branco P. (2017). Equipa de Reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 25-33). Loures: Lusodidacta.
- Breland JY, Hundt NE, Barrera TL, Mignogna J, Petersen NJ, Stanley MA, Cully JÁ (2015)- *Identification of Anxiety Symptom Clusters in Patients with COPD: Implications for Assessment and Treatment* -International Journal of Behavioral Medi doi:10.1007/s12529-014-9450-2) cine
- Carreira, S. (2015). *O desenvolvimento das competências de literacia nos idosos e a promoção da autoestima: Estudo com idosos numa academia Sénior*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Educação e Ciências Sociais. Consultado:02-03-2018. Disponível:<http://hdl.handle.net/10400.26/13907>
- Chaves I. S. C. (2002). *A construção de Conhecimento pela Análise Reflexiva da Praxis*. Textos Sociais de Ciências Sociais e Humanas. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ciclo Reflexivo de Gibbs (2015). *Reflective Journal - Other bibliographies - Cite This For Me*. Acedido em: 2017-09-25. Disponível em:
www.citethisforme.com/topicideas/other/Reflective%20Journal11032753

Coelho, C., Barros, H. & Sousa, L. (2017). *Reeducação da Função Sensoriomotora*. in Vieira, C.M. & Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. p. 227-251. Loures: Lusodidacta.

Collière, M. F. (1989). *Promover a Vida- Da Prática da Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Cordeiro M., & Menoita E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. (2ª edição) Loures: Lusociência.

Cordeiro, M. (2014). *Terapêutica inalatória: Princípios, técnicas de inalação e dispositivos inalatórios*. Loures: Lusodidacta

Couvrer, C. (1999). *A Qualidade de Vida – Arte para viver no século XXI*. p.77 e 121) Loures: Lusociência.

Deodato, S. (2008) – *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Coimbra, Edições Almedina. ISBN: 978-972-40-3401-0.

Direção Geral do Ensino Superior (2008). *Descritores de Dublin*. Disponível em:
<http://www.dges.mctes.pt/DGES/Templates/ConteudoImpressao.aspx?GUID={36620050-F63C-4C1B-BF57-1945F686873D}>

DGS (2003). *Fraturas da extremidade proximal do fémur no idoso – Recomendações para a intervenção terapêutica*. Acessível em DGS, Lisboa: Portugal

DGS (2004). Planeamento da Alta do doente com AVC. Circular. Informativa 12/DSPCS de 19/04/2004. Lisboa: Ministério da Saúde.

DGS (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Circular. Informativa nº 40ª/DSPCD. Lisboa. Acedido: 2018-04-13. Disponível: [https://www.dgs.pt/.../circular-informativa-n-40adspcd-de-2710200... o](https://www.dgs.pt/.../circular-informativa-n-40adspcd-de-2710200...)

DGS (2014). *Direitos e Deveres do Utente dos Serviços de Saúde*. Acedido: 2018-03-26. Disponível: <https://www.dgs.pt/.../lei-n-152014-de-21-de-marco-direitos-e-deve..>

DGS (2014) *Infeções Respiratórias 2014/2015 – Plano de prevenção e Resposta para o Outono/Inverno*. DGS, Lisboa, Portugal. Acedido: 20-01-2018. Disponível: <https://www.dgs.pt/.../infecoes-respiratorias-20142015-plano-de-prevencao-e-resposta>.

DGS (2015). *Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Oxigenoterapia*. Norma nº 018/2011 DGS, Lisboa, Portugal. Acedido: 15-12-2017. Disponível: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/.../norma-n-0182011-de-28092011-jpg.aspx>

DGS (2017). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias – DPOC em números: Portugal e Europa*. DGS, Lisboa, Portugal. Consultado: 02-05-2017. Disponível: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da...de.../por-serie-880758-pdf.aspx?...>

DGS (2017). *Ensino e Avaliação da Técnica Inalatória na Asma*. DGS, Lisboa, Portugal. Acedido: 28-01-2018: Disponível em: <https://www.dgs.pt/...dgs/.../orientacao-n0102017-de-26072017-pd>

DGS (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma nº 001/2017. DGS, Lisboa, Portugal. Consultado: 10-09-2018. Disponível: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/.../norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Dias, M.J. (2014). *Quedas em contexto hospitalar: factores de risco*.

(Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde). Consultado: 28-10-2017.

Disponível: <http://hdl.handle.net/10400.14/17112>

Delisa A. J., Currie M. D., Jr Gatens F: P., Jr. Leonard A.J. & McPhee C. M.

(1992). *Medicina de Reabilitação. Processos e Aplicações*. (2ª ed.) Loures: Lusociência.

Fernandes, J. B. & Vareta, D. A. (2018). *Enfermagem de Prática Avançada*.

Lisboa: Bubok Publishing.

Ferreira D., Brooks D., Branco J. Goldstein R. (2012). *Nutritional Supplementation for Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. U.S. National Library of Medicine. **Doi:** 10.1002 / 14651858.CD000998.pub3

Ferreira, D. & Santos, A. (2017). *Avaliação da Pessoa com Patologia Respiratória*.

in C. Marques-Vieira. & L. Sousa. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (p.167-180). Loures: Lusodidacta

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2019). *Global Strategy for the Diagnosis Management, and Prevention of Chronix Obstructive Pulmonary Disease*. Acedido: 2018-02-25. Disponível:

<https://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-co>.

Heitor, M., Canteiro, M., Ferreira, J., Olazabal, M., & Maia, M. O. (1985).

Reeducação Funcional Respiratória. Lisboa: Boehringer Ingelheim

Heitor, M. (2003). *Reabilitação Respiratória as Doenças do Interstício Pulmonar*.

In: Gomes, M. e Sotto-Mayor – *Tratado de Pneumologia Sociedade Portuguesa de Pneumologia*. Lisboa: Permanyer Portugal, (p. 1864-1865).

Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação – Criar novos caminhos*. Loures:

Lusociência.

Hiroki Matsui, Taisuke Jo, Kiyohide Fushimi, and Hideo Yasunaga (2017).

Outcomes after early and delayed rehabilitation for exacerbation of Chronic obstructive pulmonary disease: study in Japan. Matsui et al. *Respiratory Research* (2017) 18:68 DOI: 10.1186/s12931-017-0552-7

Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo.* (2ªed). Loures: Lusociência.

Hoeman, S.P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados.* (4ª ed). Loures: Lusodidacta.

Holland, A. E., Spruit, M. A., & Singh, S. J. (2015). *How to carry out a field walking test in chronic respiratory disease.* *Breathe*, 11(2), 128.

Macedo, M. (2012). *Supervisão na Integração de Enfermeiros à luz do Modelo Bioecológico.* (Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro)

Machado M. (2008) *Bases da Fisioterapia Respiratória: Terapia Intensiva e Reabilitação.* Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.

Macnee, William e Rennard, Stephen I. (2011). *Fast Facts: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica* (2ª ed). Algés: Euromédice - Edições médicas.

Magalhães, M. (2009). O processo de cuidados de enfermagem à pessoa com deficiência ventilatória crónica-DPOC: da evidência científica à mudança das práticas. *Revista Investigação em Enfermagem. Sinais Vitais.*

Marques, A; Figueiredo, D; Jácome, C; Cruz, J. (2016). *Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). E agora? – Orientações para um Programa de Reabilitação Respiratória.* 615.8 DOE. Loures: Lusodidacta.

Menoita, E. C., Sousa, L.M., Alvo, I.B.P. & Vieira, C.M. (2014). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para o envelhecer resiliente.* Loures: Lusociência.

Ministério da Saúde (2006), Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de Junho. *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.* Diário da República 1ªSérie, Nº 109. (3856-3865). Consultado: 28-09-2017.Disponível:

<https://www.sns.gov.pt/sns/reforma-do-sns/cuidados-continuados-integrados-2/>

Ministério da Saúde (2013), Decreto-lei nº 137/2013 de 7 de Outubro.

Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) Unidades de Saúde Pública.

Diário da República 1ª Série, Nº 193. (6050-6061). Consultado:28-09-2017.

Disponível: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/500071/details/maximized>

Ministério da Saúde (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes*

2015-2020. Decreto-Lei nº 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro. *Diário da*

República, 2ªSérie, nº 28, (3882-3882). DGS. Acedido: 2018-03-05.

Disponível: <https://www.dgs.pt/?cr=26938>.

Ministério da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. DGS.

Consultado:10-042018.Disponível:pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS

2012_2016_ versaoresumo_maio20133.pd.

Moita, A., Nunes, C., Silva, I., Sovenal, M., Potra, T. (2007). *Nota de*

Alta/Transferência de Enfermagem. Pensar Enfermagem, 11 (2), 12-24.

Morrison, L., & Agnew, J. (2014). *Oscillating devices for airway clearance in people with cystic fibrosis*. The Cochrane Library.

Morrison, L. (2015). *167 Evaluation of the oscillatory Cough Assist E70 in adults with cystic fibrosis (CF)*. Journal of Cystic Fibrosis, 14, S101.

Neto, J. & Amaral, R. (2003). *Reabilitação Pulmonar e Qualidade de Vida em pacientes com DPOC*. Lato & Sensus, 4(1), 3-5

Nice (2010). *Chronic Obstructive pulmonary disease: Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care*. National Clinical Guideline Centre – Acute and Chronic Conditions. UK: Royal College of Physicians of London

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias: ONDR (2016). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias*. Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Fundação Portuguesa do Pulmão.

- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (2013). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias*. Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Fundação Portuguesa do Pulmão.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Grafinter
- OE (2009). *Código Deontológico - Ordem dos Enfermeiros*. Acedido: 2018-03-04. Disponível: www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacao/oe/codigodeontologico.pdf.
- OE (2010a) - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE
- OE (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Consultado:15-05-2017. Disponível: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovado_AG20Nov2010.pdf
- OE (2012). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. OE. Acedido: 2018-03-27. Disponível: https://www.ordemenfermeiros.pt/.../nEstatuto_REPE_29102015_V
- OE (2013). Guia Orientador de Boas Práticas. série 1, nº 7 – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – Posicionamentos, transferências e treino de deambulação.
- OE (2015). Regulamento nº 350/2015. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República 2ª série nº 119. 16655-16660. Acedido: 2018-03-12: Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf>.
- Orem, Dorothea (2001) – *Nursing: concepts of practice*. (6ª ed). St Louis: Mosby.

- OMS (1986). *Carta de Ottawa*. Oteawa, Canadá novembro de 1986. OMS.
Acedido: 2017-05-15. Disponível:
Abvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- OMS (1995). *Quality of life Assessment: International Perspectives (the WHOQOL)*. Springer/Verlag.
- OMS (2013). *Health literacy. The solid facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- OMS (2017). Diabetes – World Health Organization. Acedido: 20-10-2017.
Disponível: www.who.int › ... › [Centro de prensa](#) › [Notas descriptivas](#) › [Detai](#)
- Osadnik, C. R., McDonald, C. F., Jones, A. P., & Holland, A. E. (2012). *Airway clearance techniques for chronic obstructive pulmonary disease*. The Cochrane Library.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.
- Roque B., Branco E., Caetano F., Seixas, L., Alves, L., Fernandes, R. Dotti, T. (2014). *Ventilação Não Invasiva: Manual*. Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital Pulido Valente.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista de Enfermagem Referencia*, 11, 59-62
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Porto: Lidel – Edições técnicas, Lda.
- Silva, R., Fernandes, O. & Padilha, J. (2014). *Dados Valorizados pelo Enfermeiro Especialista de Reabilitação, para a prescrição de Cinesiterapia Respiratória na pessoa com DPOC*. In Gomes, B., Rocha, M., Martins, M., & Gonçalves M., (organizadores). *Investigação em Enfermagem de Reabilitação: Um Novo Conhecimento para Guiar a Prática de Cuidados* (p. 54-63). Porto: Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. ISBN: 978-989-98443-1-5

Shepherd, A. (2010). *The nutritional management of COPD: an overview*. British Journal of Nursing, 19(9).

Simão, P. & Almeida, P (2009). *Reabilitação Respiratória. Uma estratégia para a sua implementação*. Revista Portuguesa de Pneumologia. Março de 2009, vol.15, pp. 93-118. Acedido: 14-09-2018. Disponível: <https://www.researchgate.net/publication/276452838>

Smyth, A. R., Bell, S. C., Bojcin, S., Bryon, M., Duff, A., Flume, P., & Sermet-Gaudelus, I. (2014). European cystic fibrosis society standards of care:best practice guidelines. *Journal of Cystic Fibrosis*, 13, S23-S4

Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C., ... & Pitta, F. (2013). An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 188(8), e13-e64.

Testas e Testas (2008). Reabilitação. In: Marcelino P. *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto: Abordagem ao doente crítico*. Loures: Lusociência.

Who (1998). *The Who Health Promotion Glossary* – World Health Organization Consultado: 05-01-2018. Disponível: www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/

Velloso, M., & Jardim, J. R. (2006). *Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia*. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2006a, vol. 32, nº 6, p. 580-586. Acedido:2017-11-07. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v32n6/a17v32n6.pdf>

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Formação



8º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular de Opção II

A Enfermagem de Reabilitação na

Promoção da Reeducação Funcional Respiratória no idoso, com

Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, em contexto domiciliário

Paula Alexandra Marques Fernandes

Lisboa

Setembro 2017





8º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular de Opção II

**A Enfermagem de Reabilitação na
Promoção da Reeducação Funcional Respiratória no idoso, com
Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, em contexto domiciliário**

Paula Alexandra Marques Fernandes

Professora Orientadora: Cristina Saraiva

Lisboa

Setembro 2017



Índice

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	5
2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	5
INTRODUÇÃO	6
3. A PROMOÇÃO DA REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA NO IDOSO COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA, EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO.	9
3.1. Plano de trabalho e métodos	
16	
3.2. Descrição das tarefas e resultados esperados	
20	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
APÊNDICES	
Apêndice I – Fluxograma da Revisão Scoping	
Apêndice II – Resultado dos estudos	
Apêndice III – Planificação das Atividades	
Apêndice IV – Cronograma	
Apêndice V – Guião da Entrevista – Cuidados Continuados Integrados	
Consigo	
Apêndice VI – Guião da Entrevista – Unidade de Reabilitação Respiratória	
– Hospital de Santa Maria	

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

1.1. Título: A Enfermagem de Reabilitação, na Promoção da Reeducação Funcional Respiratória no Idoso, com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, em contexto domiciliário.

1.2. Palavras-chave: Promoção; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Reabilitação Pulmonar; Domicílio, Idoso.

1.3. Data de início: 25 de setembro de 2017

1.4- Duração: 18 semanas

2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

- Unidade de Cuidados Continuados Integrados Consigo (UCCIC).
- Unidade de Reabilitação Respiratória no Hospital de Santa Maria.

INTRODUÇÃO

A elaboração deste projeto pretende nortear o desenvolvimento de competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010), em contexto de estágio, contribuindo para a aquisição do Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Enfermagem de Reabilitação.

O interesse por esta temática prende-se com o facto de realizar apoio domiciliário a pessoas maioritariamente idosas, cujos antecedentes pessoais predominantes são as patologias respiratórias crónicas, com sintomas de dispneia, fadiga e consequentemente aumento de dependência nas suas atividades de vida diária, o que conduz a uma sobrecarga física, emocional e financeira para as famílias. Deste modo, pretendo estudar, aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na área da Reeducação Funcional Respiratória (RFR).

Será também importante, a minha contribuição na melhoria da qualidade de vida destes doentes, onde perdura a necessidade de cuidados na doença respiratória, uma vez que a nível nacional continua a persistir uma grande carência destes cuidados, tal como refere o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, [ONDR], 2016).

Quando nos centramos nas doenças respiratórias, verificamos que a doença respiratória crónica com mais prevalência a nível mundial é a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) com 230 milhões de doentes diagnosticados, sendo 11,3 milhões desses doentes na Europa e causa 3 milhões de óbitos, tornando-a na terceira causa de morte em todo o mundo, segundo a Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, [GOLD], 2017).

A incidência na população idosa assume pertinência pelo facto da esperança média de vida estar a aumentar. O envelhecimento é progressivo, inevitável e diferenciado, a maioria das alterações da funcionalidade que ocorrem no idoso, são de origem orgânica, e dependem da adoção de comportamentos e estilos de vida que cada pessoa vai seleccionando ao longo do seu ciclo de vida e que nem sempre são comportamentos saudáveis Organização Mundial de Saúde [OMS] (2010).

O autocuidado é primordial na promoção da saúde e gestão dos processos saúde-doença no doente idoso com DPOC. Por esta razão, a seleção da teórica para orientação do projeto incidiu sobre Dorothea Orem, que afirma que a pessoa

consegue cuidar de si e estabelece uma interação com o ambiente, com intenção de se manter viva e em funcionamento. Neste contexto, compete à pessoa reconhecer as suas necessidades, com o propósito de as satisfazer, Petronilho (2012). O autocuidado é realizado pela pessoa ou cuidador no sentido de manter a vida, saúde e o bem-estar, (Orem, 2001).

É ainda importante ressaltar o papel do enfermeiro visto que, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), é um perito com conhecimentos e competências específicas na promoção da autonomia do doente, através da conceção, implementação e monitorização de planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos seus problemas reais e potenciais, (OE, 2010).

Neste seguimento, defino como objetivos gerais deste projeto:

- Desenvolver competências de EEER, na promoção da Reeducação Funcional Respiratória ao idoso com DPOC, no domicílio
- Desenvolver competências nas diferentes áreas de atuação do EEER, na prestação de cuidados à pessoa com necessidades especiais.

O processo de revisão literária emergiu no instaurar da sistematização da evidência disponível, através da revisão *scoping*. A metodologia contempla uma questão inicial de investigação:

“Qual a intervenção da Enfermagem de Reabilitação, na promoção da Reeducação Funcional Respiratória ao idoso com DPOC, em contexto domiciliário?”

As palavras-chave aplicadas foram as supracitadas na identificação do projeto. Esta pesquisa permitiu conhecer a evidência científica, perceber a temática e a sua complexidade no que respeita à reabilitação respiratória da pessoa idosa com DPOC, bem como as limitações existentes ao nível do seu autocuidado e qualidade de vida.

Algumas palavras chaves utilizadas na revisão *scoping* tiveram que ser abandonadas em virtude de não se ter obtido resultados, especificamente: enfermeiro de reabilitação e reeducação funcional respiratória, o que revela limitação e carência de estudos na área da enfermagem de reabilitação.

A definição dos critérios de inclusão foi efetivada com base na mnemónica PCC -População: idoso com idade igual ou superior a 65 anos; Conceito: promoção, reabilitação pulmonar e doença pulmonar obstrutiva crónica; Contexto: domicílio.

Os artigos selecionados cumprem os critérios de inclusão da revisão e são em texto integral, coexistindo o limite temporal dos últimos cinco anos, visto que é considerado importante trabalhar com dados o mais atuais possíveis. A estruturação dos critérios de exclusão foi efetivada com base nos estudos que não integrem o idoso com idade igual ou superior a 65 anos com DPOC.

Os estudos que configuraram na revisão *scoping* foram conduzidos em contexto de domicílio e alguns comparativos com o contexto hospitalar. Foram anulados artigos repetidos ou cujo tema não seja a DPOC, ou ainda, não sejam esclarecedores analogamente ao estudo pretendido. A exposição dos estudos selecionados, apresentam-se numa grelha ordenada cronologicamente em apêndice II, com referência aos títulos dos estudos, autores, ano de publicação, objetivos, metodologia dos estudos e resultados, o fluxograma da pesquisa encontra-se em apêndice I

Este projeto está estruturado em três partes. A primeira, consiste na sua identificação, a segunda, recai na introdução ao trabalho, onde se apresenta um sumário do projeto. A ultima parte, é focada na Promoção da Reeducação Funcional Respiratória no idoso com DPOC em contexto domiciliário. Posteriormente o subcapítulo do plano de trabalho e métodos com os objetivos gerais e específicos, no seguimento a descrição das tarefas e resultados esperados. E por fim as considerações e a reflexão final do projeto.

4.PROMOÇÃO DA REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA NO IDOSO COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA, EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, segundo GOLD:

“é uma doença comum prevenível e tratável, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitações ao fluxo de ar, resultante de alterações alveolares e/ou das vias aéreas causadas pela exposição significativa a partículas/gases nocivos.”

Caracterizada como uma doença respiratória crónica progressiva, a DPOC resulta em 80% dos casos, do consumo de tabaco efetuado ao longo dos anos, sendo a principal causa de morbilidade e mortalidade em todo o mundo, (GOLD, 2017).

Em Portugal, existem 117,807 doentes com o diagnóstico de DPOC confirmados por espirometria, (ONDR, 2016). Contudo, estes números não são credíveis, na medida em que consideram uma doença que é subdiagnosticada, (DGS, 2017)

Constatou-se que a mortalidade em doentes com DPOC tem decrescido em 4,0% nos últimos dez anos, mostrando ser um ótimo indicador, apontando para um melhor controle da doença nestes doentes. (ONDR, 2016)

Como qualquer doença crónica tem custos elevados. Segundo a (DGS, 2014) no ano de 2013 gastaram-se cerca de 213 milhões de euros/ano, em internamentos, medicamentos, oxigenoterapia. No entanto, há que salientar os outros recursos como o custo do absentismo ao trabalho e as reformas antecipadas por invalidez.

A dispneia é o sintoma mais limitante na DPOC e resulta do predomínio de uma situação de bronquite crónica ou enfisema pulmonar, ocorrendo a doença inflamatória das pequenas vias aéreas e a destruição do parênquima que determina a diminuição da elasticidade e perda da ligação alveolar com colapso expiratório precoce, o que revelam a progressão da doença e a diminuição da qualidade de vida, do idoso (Cordeiro e Menoita, 2012)

A tosse crónica, é outro sintoma que pode estar presente após a instalação da obstrução da via aérea expiratória. Se existe expectoração purulenta, pode significar que se está perante uma exacerbação da doença, (Cordeiro e Menoita, 2012; Gold, 2017).

Os doentes portadores desta patologia, também apresentam distúrbios do sono, ansiedade/ depressão, alteração do apetite e/ou perda de peso, sintomatologia que se manifesta com grande sofrimento para o doente e para a família, (Marques, Figueiredo, Jácome e Cruz, 2016).

A Reabilitação Respiratória apresenta benefícios indiscutíveis, melhorando a dispneia e a tolerância ao esforço e reduzindo a frequência das exacerbações, bem como o número de internamentos hospitalares, Branco, et. al, 2012).

Importa assim enfatizar que, o doente idoso e a família, devem saber identificar os sinais e sintomas de exacerbação da doença, para atuar de forma rápida e eficaz, (ONDR, 2012). Na prevenção das exacerbações é importante ressaltar, que a vacinação é a medida mais eficaz na prevenção das infeções respiratórias, assim como o reforçar as medidas de higiene das mãos, (DGS, 2014).

No Japão foi realizado um estudo comparativo da eficácia da reabilitação pulmonar precoce (fase de exacerbação) e da eficácia da reabilitação pulmonar tardia, (fase pós exacerbação), durante o internamento hospitalar, o estudo foi realizado com 8459 doentes com DPOC. O resultado do estudo revelou que o grupo de doentes que participou no programa de reabilitação nas primeiras 48 horas, apresentaram menor número de reinternamentos por exacerbação, bem como uma maior capacidade para o exercício e melhor qualidade de vida. Ao invés, dos indivíduos que realizaram a reabilitação pulmonar tardiamente, tiveram maior número de reinternamentos, por exacerbação da DPOC. (Hiroki, Taisuke, Fushimi & Yasunaga, 2017)

De facto, a DPOC, causa um impacto negativo na qualidade de vida dos doentes e sua família, pela incapacidade que provoca e também sentidas, tanto ao nível pessoal, profissional e social, (DGS, 2017). Os doentes com limitações necessitam de apoio para o desenvolvimento das suas atividades de vida diária, instigando profundas alterações na vida do doente idoso e sua família, (Marques, et al, 2016).

A definição de idoso nos países desenvolvidos, é considerada a pessoa com 65 ou mais anos, que é o caso de Portugal (OMS, 2002). Neste projeto, define-se idoso como pessoa com 65 ou mais anos. O envelhecimento é um processo multifatorial e cada pessoa o vive de forma diferente e individualizada.

É relevante considerar, não só a idade cronológica da pessoa, como também, as condições biológicas pessoais, (Dias, 2007)

No processo de envelhecimento é expectável a existência de alterações respiratórias, estruturais e funcionais, que associadas às alterações induzidas pela DPOC pode ocorrer a hipersecreção de muco, e quando a função pulmonar do doente com DPOC está muito comprometida, o murmúrio pulmonar está difusamente diminuído, observa-se expiração prolongada, e estertores finos durante a inspiração, o tórax apresenta aumento do diâmetro ântero-posterior. Com a progressão da doença, ocorre restrição da capacidade pulmonar para as trocas gasosas, originando a hipoxemia e posteriormente hipercapnia, turgência jugular e edema dos membros inferiores, (NICE, 2010).

A promoção dos cuidados é um conceito que tem a sua origem na carta de promoção da saúde – (Ottawa, 1986). É realizada com a pessoa, e é um processo de capacitar a pessoa, com estratégias, mudanças de atitudes e comportamentos individuais, tornando-a mais saudável. A promoção da saúde requer a intervenção política e social, colaboração entre a comunidade e profissionais de saúde, de forma a alterar serviços, políticas, bem como a responsabilidade social pela saúde, (OE 2000).

A prestação dos cuidados ao doente, podem ser realizados tanto em unidades de saúde, como em contexto domiciliário. Para que se entenda, a palavra domicílio – alvo do nosso estudo - vem do latim *domus* e significa casa, em direito significa a casa de morada da pessoa e está associada ao conceito de família. A existência e a constituição da casa, é considerada pela sociedade a unidade fundamental da família, localidade onde se tem a residência (Dicionário Web). “*Cuidar no domicílio é permitir a uma pessoa idosa continuar a mobilizar as suas capacidades, ou compensar o que já não consegue por si própria, para assegurar as suas atividades de vida diária*”, (Collière, 2003, p. 78).

No decorrer da análise de alguns estudos existentes sobre a Reabilitação Pulmonar (RP) nos idosos com DPOC, surgiu um estudo realizado nos Estados Unidos, em que comparava o contexto domiciliário e hospitalar, relativamente aos benefícios e aos custos da RP, realizado em 166 idosos com DPOC. Os autores concluíram que o contexto domiciliário incentiva o idoso a ter mais motivação, apresenta maior adesão ao exercício, demonstra benefícios desde o início da aplicação do programa, sendo estes comparáveis aos realizados no hospital e

ainda com custos inferiores. (A, Ndongo R, Bell E, McDonaldHolland AE, Mahal A, Hiil CJ, Lee AL, et al, 2013)

O enfermeiro quando presta cuidados à pessoa, executa em simultâneo à família, comunidade e à enfermagem, e tem como finalidade a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reintegração social, (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE], (1996)

Magalhães, (2009) declara: “(...) *A intervenção de enfermagem centra-se em programas educativos e programas de reabilitação respiratória*” Esta intervenção tem como objetivo o retardamento da progressão da doença, “*visa a qualidade de vida, a promoção da saúde, a prevenção complicações, a satisfação do cliente o seu bem-estar e autocuidado, assim como o autocontrolo eficaz dos problemas de saúde*” (OE)

A intervenção do EEER, visa que o idoso com DPOC e família, readquiram qualidade de vida, a promoção da sua saúde, a prevenção de complicações, a sua satisfação, o seu bem-estar, bem como o autocontrolo eficaz dos problemas de saúde de forma a atingir a sua máxima autonomia, (Roque et al, 2014; GOLD, 2017)

Face ao referido, a formação e a informação devem ser implementadas, ou seja, educar à luz da obtenção de ganhos em saúde, tanto ao nível da promoção da saúde, como na prevenção da doença. (ATS/ERS, 2015; Spruit et al, 2013; GOLD, 2017), centrando os cuidados na pessoa e família, medida do plano Nacional de Saúde 2011 – 2016 (DGS, 2016).

No caso concreto da intervenção ao nível da reabilitação respiratória, Diez (2012, p.1) menciona que:

(...)“em programas educativos e programas de reabilitação respiratória, por forma a garantir o autocontrolo e o autocuidado da pessoa doente, onde a adoção de um estilo de vida mais saudável, pelo recurso ao exercício físico, a uma alimentação saudável, à cessação tabágica são elementos a destacar”(...)

Assim, destaca-se a importância da Reabilitação Respiratória (RR), é uma intervenção multidisciplinar baseada na evidência, (ONDR, 2013), e é um tratamento não farmacológico, baseada no movimento, atua nos fenómenos da respiração, na ventilação externa e melhora a ventilação alveolar, tendo como objetivo o restabelecimento do padrão funcional respiratório, Heitor et al, (1985).

Deve ser iniciada precocemente na pessoa com DPOC e com sintomatologia, e deve ser realizada tanto ao nível da profilaxia com terapêutica (DGS, 2016).

As técnicas de controlo respiratório, abrangem, as posições de alívio da dispneia, a respiração diafragmática e a expiração com os lábios semicerrados e as técnicas de conservação de energia. Estas técnicas, atenuam os sintomas da dispneia e permitem uma respiração eficaz, (Spruit et al; 2013; ATS/ERS, 2015; Mc Carthy et al, 2015).

Segundo Branco et al; (2012, p 2) a RFR tem como objetivos: (...) *“atingir o nível de capacidade funcional máxima, incrementando a eficiência ventilatória e otimizando a função cardiopulmonar, com recurso a diferentes métodos”* (...)

E também, previnem e corrigem alterações músculo-esqueléticas; Reduzem a tensão psíquica e muscular, diminuem a sobrecarga muscular; Asseguram a permeabilidade das vias aéreas; Previnem e corrigem defeitos ventilatórios; Melhoram a performance dos músculos respiratórios; Reeduquem no esforço; Previnem e auxiliam no tratamento das principais complicações das doenças respiratórias. (Heitor, Canteiro, Ferreira, Olazabal e Maia (1988)

A evidência científica demonstra que os doentes com DPOC beneficiam de programas de exercícios, pois interrompem o ciclo vicioso da inatividade, impedindo a deterioração das capacidades funcionais e melhoram a qualidade de vida, ao diminuírem a fadiga e a dispneia. Estes programas favorecem a melhoria da tolerância ao exercício, com acréscimo da resistência ao esforço e, consequentemente, o aumento das capacidades de realização das atividades da vida diária, (GOLD, 2017)

O ensino, no âmbito da educação para a saúde, deve focalizar-se na definição da DPOC e nas medidas para o seu autocontrolo: cessação tabágica, tratamento, como atuar em caso de exacerbações, reconhecimento de autoajuda para minimizar a dispneia e a reabilitação. A alteração de comportamentos nocivos em comportamentos saudáveis, a adesão ao exercício físico e das suas emoções, alimentação equilibrada, hidratação hídrica. Os programas de reabilitação devem ser, sempre, adaptados às necessidades e ao ambiente em que o doente vive, a duração do programa depende dos recursos disponíveis, e deve ter uma durabilidade média de 12 semanas, (DGS, 2016; GOLD, 2017),

No entanto, é necessário para se realizar qualquer programa de reabilitação que o doente idoso esteja motivado e tenha capacidade cognitiva e física para a sua realização, (DGS, 2009).

O Regulamento dos Padrões de Qualidade de Enfermagem de Reabilitação deve gerir a ação do EEER. Neste seguimento, para fundamentar, o meu desenvolvimento de competências e a minha conceção de cuidar enquanto enfermeira especialista na área da reabilitação, é essencial a seleção de uma teórica referenciada, que incidiu na teórica Dorothea Orem.

A DPOC é uma doença limitante e torna as pessoas dependentes nas atividades de vida diária, necessitando de ajuda para manter o seu autocuidado e recuperar na sua situação de doença. De acordo com (Orem, 2001) quando a pessoa não tem essa capacidade, o enfermeiro efetua o processo do cuidar.

Nesta sequência, a teoria dos défices do autocuidado surge quando as exigências do autocuidado são superiores às capacidades da pessoa, sendo necessário a intervenção da família, do enfermeiro de reabilitação e de toda a equipa multidisciplinar.

No âmbito desta teoria, (Orem, 2001, p. 225) elucidou oito requisitos universais do autocuidado, relacionados com as atividades de vida diária da pessoa que é assistida, que são:

(...) 1) a manutenção de uma quantidade suficiente de ar; 2) manutenção de uma ingestão suficiente de água; 3) a manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos; 4) a provisão de cuidados associados com os processos de eliminação; 5) a manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso; 6) a manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social; 7) a prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano; 8) a promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, e as limitações conhecidas e o desejo de ser normal.

Ao refletir nos requisitos supracitados, destacam-se apenas os considerados, que podem ficar comprometidas no idoso com DPOC:

1º requisito: limitação do fluxo aéreo, originando a dispneia; o cansaço associado ao esforço exigido para respirar e ao gasto adicional de energia

3º requisito: esta problemática normalmente, é associada à diminuição de ingestão de alimentos originando a caquexia.

5º requisito: a dispneia incita esforço adicional, predispondo à intolerância da atividade e exigindo mais repouso.

6º requisito: com a progressão da doença, sucede manifestação de ansiedade/depressão associada ao medo e à incapacidade, de não conseguir efetivar a gestão da doença, levando ao isolamento social.

Como o ser humano não vive sem respirar e esta função está interligada com todo o organismo humano, sucede um declínio funcional consequente da progressão da doença, alternando o bem-estar e a qualidade de vida do idoso/família com DPOC. Ao realizar um balanço das limitações, o EEER intervém no desenvolvimento do potencial da pessoa, diminui as limitações, promove o autocuidado e aumenta a sua autonomia.

A teoria dos Sistemas de Enfermagem é a teoria que tem três sistemas, nos parágrafos seguintes será descrito o paralelismo realizado entre a teoria e o idoso com DPOC. No Sistema Totalmente Compensatório, o idoso com DPOC apresenta total incapacidade, podendo ter capacidades para realizar o movimento, mas não as consegue identificar por limitações cognitivas, ou por estado avançado da doença. Dependem totalmente de terceiros para a sua sobrevivência e bem-estar.

Com o progredir da doença, a funcionalidade vai sofrendo um declínio e o idoso com DPOC vai adquirindo uma crescente intolerância ao esforço. O EEER é um parceiro crucial, uma vez que realiza educação para a saúde sobre as estratégias a aplicar, faculto o ensino a familiares/cuidador, que vão auxiliar/substituir o idoso com DPOC nas suas atividades de vida diária.

O enfermeiro e o idoso com DPOC podem desenvolver uma relação de ajuda no autocuidado, em que tanto um como o outro podem assumir o controlo no desempenho das atividades, sempre que o idoso aceite esta relação, existindo partilha de responsabilidades. Neste sistema parcialmente compensatório, são tidas em conta as limitações consequentes do estado de saúde do idoso com DPOC e do seu conhecimento prévio, assim como das prescrições médicas. É importante salientar a motivação do idoso para aprender e executar as atividades.

Outro estudo, realizado no Instituto de Medicina nos Estados Unidos, investigou a ansiedade num grupo de 162 idosos com DPOC. Este estudo foi realizado neste tipo de doentes, por ser um sintoma mais limitante que a ansiedade, no doente com DPOC. O estudo revela que a ansiedade, está na auto-

confiança que cada idoso tem, relativamente à autogestão da doença. Os doentes que estão convictos e detêm autonomia, são pessoas com melhor funcionalidade, melhor qualidade de vida, menor ansiedade e depressão. (Breland JY, Hundt NE, Barrera TL, Mignogna J, Petersen NJ, Stanley MA, Cully JÁ, 2015)

4.1. Plano de trabalho e métodos.

No 2º ciclo de estudos, é-nos exigido um ideal de reflexão e pensamento crítico, este percurso tem permitido aprender e a mobilizar tais conhecimentos para uma tomada de decisão com base na evidência científica.

Para a realização do projeto efetuou-se uma pesquisa exploratória, seguida de uma revisão *scoping*, com recurso ao motor de busca Google Académico® e as plataformas biblioteca do conhecimento *online* e EBSCOHost, na base de dados CINAHL e MEDLINE, foram consideradas todos os tipos de estudos e consultados artigos científicos e literatura pertinente para o tema. Os artigos foram selecionados segundo os critérios de inclusão: publicações dos últimos 5 anos (2012-2017);

A realização deste projeto preconiza o planeamento de objetivos específicos, atividades a desenvolver e competências a atingir. Sendo assim os objetivos específicos são:

Objetivos específicos:

1 – Compreender a dinâmica organizacional e funcional dos serviços em contexto de estágio e o modo como se articulam com outros serviços.

2 – Desenvolver uma prática profissional baseada em princípios éticos e deontológicos na área de Enfermagem de Reabilitação.

3 – Desenvolver cuidados especializados na capacitação do autocuidado à pessoa com necessidades especiais.

4. Planear cuidados de enfermagem de reabilitação integrados no plano de cuidados, em parceria com o doente/família, otimizando as suas capacidades funcionais.

5. Analisar as estratégias de reabilitação com vista à promoção da melhoria de um ambiente seguro, em contexto de estágio.

6. Promover o autocuidado nas atividades de vida diária, com adaptações necessárias às limitações do idoso com DPOC/família, e à pessoa com necessidades especiais.

7. Analisar o papel do EEER, na gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação, promovendo as capacidades da pessoa com necessidades especiais.

8. Planejar e implementar intervenções, em parceria com o idoso com DPOC e família, baseados na prevenção, promoção, e melhoria do fluxo respiratório e a gestão de energia.

9. Desenvolver cuidados de enfermagem de reabilitação, baseado em conhecimentos científicos, que visem a promoção do autocuidado.

10. Elaborar o relatório final de formação.

Na seleção dos locais de estágio, deparei que era importante que estivessem em sintonia com os meus objetivos planejados e o desenvolvimento de competências na área da reabilitação. Os serviços apresentem referência técnico-científica na qualidade da reabilitação, com oportunidades de aquisição de aprendizagem para o desenvolvimento de competências e a equipe de enfermagem estivesse habituada a orientar alunos

Os dois locais de estágio contemplam uma equipe multidisciplinar estável, onde os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação têm método de trabalho responsável, com visão holística do doente e no centro dos seus cuidados, trabalhando em parceria com ele e com a família, direcionadas para a promoção da saúde e a sua autonomia. Quando optei por estes campos de estágio, achei importante sair da minha zona de conforto e conhecer outras realidades para além da instituição onde desempenho funções de enfermeira generalista. Nesta sequência, passarei a descrever resumidamente as duas instituições

O primeiro ensino clínico irá ser desenvolvido na Unidade de Cuidados Continuados Consigo. É um serviço de cuidados na comunidade, no apoio ao domicílio visando melhorar a funcionalidade do doente em situação de dependência, promovendo a autonomia através da reeducação, readaptação e reinserção familiar e social, provendo o bem-estar e melhorar a qualidade de vida.

Este campo de estágio funciona de segunda a sexta-feira no horário das 8h00 às 20 horas, tem três enfermeiras de reabilitação para 22 camas e 2 crianças com patologia respiratória crônica e alterações no desenvolvimento.

A equipa multidisciplinar é constituída por um médico, uma psicóloga, uma enfermeira de saúde comunitária, uma enfermeira de saúde materna, duas enfermeiras generalistas, uma fisioterapeuta, uma assistente operacional e uma administrativa.

O enfermeiro especialista de reabilitação nesta unidade detém autonomia e o seu desempenho tem visibilidade através da monitorização de indicadores de qualidade na promoção do autocuidado. Esta equipa trabalha com várias patologias na área motora, cognitiva, respiratória e eliminação, nomeadamente: acidentes vasculares cerebrais, fraturas do fémur, DPOC, neoplasias, demências, esclerose múltipla, entre outras.

Esta unidade tem vários projetos em várias áreas na promoção para a saúde, particularmente: prevenção de úlceras de pressão, alimentação por sonda nasogástrica, prevenção de lesões músculo esqueléticas aos cuidadores, curso de massagem infantil, entre outras formações. E necessitam de desenvolver um projeto para o cuidador informal, no sentido de minimizar as suas dificuldades e suprimir as necessidades, na prestação de cuidados, o qual gostaria de desenvolver quando estivesse em estágio.

O segundo ensino clínico, irá decorrer na Unidade de Reabilitação Respiratória no Hospital de Santa Maria. É uma unidade especializada na área da reabilitação respiratória que presta cuidados aos doentes provenientes do domicílio e aos doentes em contexto de internamento.

Neste serviço, trabalha uma equipa multidisciplinar constituída por 5 enfermeiros especialistas em reabilitação e a enfermeira chefe (que também possui a mesma especialidade), uma médica pneumologista responsável pelo serviço, uma administrativa e duas assistentes operacionais. Tem como horário de funcionamento para os doentes internados das 8 horas às 20 horas (de segunda a sábado) e para o doente em ambulatório, das 8 horas às 18h30. Este serviço realiza atividades no âmbito da reabilitação respiratória em várias patologias, nomeadamente; asma brônquica, DPOC, atelectasias, bronquectasias, derrame pleural, fibrose quística e a fibrose pulmonar.

Os doentes em regime de ambulatório usufruem de consultas médicas de avaliação e rotina, provas de função respiratória, aerossoloterapia, programa de RFR e treino de exercício. Os doentes em contexto de internamento são avaliados, pela equipa multidisciplinar e são elaborados e implementados programas de RFR, individualizados e adaptados às alterações da função respiratória.

Nesta instituição, os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação são responsáveis pela reabilitação funcional respiratória e os fisioterapeutas pela reabilitação funcional motora.

4.2. Descrição das tarefas e resultados esperados

Para desenvolver as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE) (OE, 2010b) e específicas do EEER (OE, 2010a), foi criada um quadro apresentado em apêndice III, que consiste em atividades lineadas, recursos necessários, indicadores, critérios de avaliação utilizados para atingir os objectivos específicos. Existe um quadro para cada domínio, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, assim como, o domínio da aprendizagem é transversal a todas as atividades. Neste sentido, algumas competências comuns do EE e específicas do EEER são apresentadas no mesmo quadro, porque as atividades e os objetivos podem ser as mesmas para o seu desenvolvimento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática da enfermagem de reabilitação tem conhecimentos suportados por uma prática baseada na evidência, com competências humanas, técnicas e científicas, para a prestação de cuidados especializados a doentes com deficiência e/ou incapacidade. A sua intervenção através de técnicas específicas de reabilitação visa a promoção precoce de ações preventivas, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais do idoso com DPOC, a prevenção das complicações, assim como desenvolver intervenções terapêuticas que melhorem as funções residuais e permitam readquirir maior independência nas atividades de vida diária e melhorar a qualidade de vida e bem-estar. Para tal, identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação, concebe, implementa e avalia programas de reabilitação ao idoso e família.

A elaboração do projeto no âmbito do interesse pessoal e profissional, recai no desenvolvimento de competências e na realização de um relatório de estágio. É essencial o planeamento dos objetivos que se pretende atingir e delinear as atividades estruturadas, para o cumprimento do mesmo. Quando se tem um mapa é muito mais fácil chegar à *“terra maravilhosa... o paraíso”*, que se ouviu falar, mas que a localização é inacessível. Deste modo, *“o título de enfermeiro especialista reconhece competências científicas, técnicas e humanas para prestar, além dos cuidados gerais, cuidados de Enfermagem especializados, na área clínica da respetiva especialidade”* (OE, 2004, p.29)

Ao concretizar a revisão *scoping* constatei que existem poucos estudos científicos na área da reabilitação respiratória, realizada por enfermeiros. Neste sentido, alarguei a minha pesquisa a outros profissionais que também fazem reabilitação respiratória. As palavras chaves iniciais tiveram que ser substituídas, palavras como reeducação funcional respiratória não obtiveram resultados, substituída por reabilitação pulmonar. Devido a esta intercorrência, a minha pesquisa foi mais morosa, mas acabou por ser produtiva e obtive o resultado pretendido.

Na minha pesquisa constatei que a doença pulmonar obstrutiva crônica, assim como o envelhecimento, são problemas mundiais, que fomentam preocupações associadas ao declínio da funcionalidade, limitações e dependência nas atividades de vida diária, com grande sofrimento para a pessoa, família, sociedade e também por ser uma doença muito dispendiosa.

Os estudos revelam que o idoso com DPOC, para conseguir efetuar a gestão da sua doença, necessita da intervenção do EEER de forma a promover a educação para a saúde e a aplicação das diversas técnicas da reeducação funcional respiratória, para desta forma quebrar o ciclo vicioso da dispneia.

A RR é um tratamento não farmacológico para a DPOC, que melhora a qualidade de vida do idoso ao diminuir a dispneia e os internamentos hospitalares por exacerbações. Este tratamento é individualizado e fomenta a autonomia do idoso nas atividades de vida diária.

De acordo com os estudos, é no domicílio que o idoso com DPOC, em parceria com o EEER e a sua família, tem mais motivação para aderir aos programas de RFR, obtendo melhores resultados e custos mais baixos aos do hospital.

No desenvolvimento deste projeto tive algumas dificuldades na organização e desenvolvimento da sua estrutura, esta limitação foi resolvida com o progresso do projeto. Estou muito motivada para desenvolver o meu relatório em ensino clínico, porque no terreno as perspetivas são diferentes e temos que nos ajustar à realidade, obstáculos arquitetónicos, carências monetárias, personalidade, cultura, religião, gostos, saberes, ... da pessoa que cuidamos e da sua família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Thoracic Society/European Respiratory Society (ATS/ERS) (2015). *Task Force for COPD Research: Which types of research will have greatest future impact on patient-centred outcomes in COPD. European Respiratory Journal.*, 45, 877-905.

Branco et al. (2012). *Temas de Reabilitação – Reabilitação Respiratória*. Porto. Servier

Breland JY, Hundt NE, Barrera TL, Mignogna J, Petersen NJ, Stanley MA, Cully JÁ (2015)- *Identification of Anxiety Symptom Clusters in Patients with COPD: Implications for Assessment and Treatment* -International Journal of Behavioral Medicine doi:10.1007/s12529-014-9450-2) cine

Collière M.F. (2003). *Cuidar. A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.

Cordeiro, M.& Menoita, E. (2012). *Manual das boas práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*, Loures: Lusociência.

Dias,(2007) [Conceito de Idoso | Gerontogeriatría](https://gerontounivali.wordpress.com/conceito-de-idoso) disponível:
<https://gerontounivali.wordpress.com/conceito-de-idoso> - consultado:
25.05.2017

Diez, Teresa (2012). *O papel do Enfermeiro da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa;

Direção geral da Saúde (2004). *Plano Nacional para a Saúde das Pessoas idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde

Direção geral da Saúde (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Lisboa: DGS

Direção Geral da Saúde (2014) *Infeções Respiratórias 2014/2015 – Plano de prevenção e Resposta para o Outono/Inverno*. Lisboa: DGS

Direção geral da Saúde (2016). *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016. Promover contextos Favoráveis*. Lisboa: DGS

Direção geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias – DPOC em números: Portugal e Europa*. Lisboa: DGS

Hiroki Matsui, Taisuke Jo, Kiyohide Fushimi, and Hideo Yasunaga (2017) *Outcomes after early and delayed rehabilitation for exacerbation of Chronic obstructive pulmonary disease: study in Japan*. Matsui et al. Respiratory Research (2017) 18:68 DOI: 10.1186/s12931-017-0552-7

Heitor, M., Canteiro, M., Ferreira, J., Olazabal, M., & Maia, M. O. (1985). *Reeducação Funcional Respiratória*. Lisboa: Boehringer Ingelheim

Holland AE (2013) - *Benefits and costs of home-based pulmonary rehabilitation in Chronic obstructive pulmonary Disease*. Doi: [10.1186/1471-2466-13-57](https://doi.org/10.1186/1471-2466-13-57)

Lopes M^a. *O cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática*. (2013) Loures: Lusociência. 616-083-053.9 CUI-UIDE.

McCarthy B., Casey D., Devane D., Murphy E. & Lacasse Y. (2015). *Pulmonary Rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease*. *Cochrane Database Systematic Review*, 2(2), CD003793.

Machado, C., Silva, R., & Santos, S. (2010). *Articulação e continuidade de cuidados no cliente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. In Costa., Gomes, B. & Martins M. (coordenadores). *Coletânea de Textos – Enfermagem de Reabilitação* (49-77). Coimbra: Formasau.

Marques, A; Figueiredo, D; Jácome, C; Cruz, J. (2016). *Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). E agora?* – Orientações para um programa de reabilitação respiratória. 615.8 DOE. Loures: Lusodidacta.

Nice, (2010). *Chronic Obstructive pulmonary disease: Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care.* National Clinical Guideline Centre – Acute and Chronic Conditions. UK: Royal College of Physicians of London.

Índice de Envelhecimento – Pordata (2002) – *Indicadores de envelhecimento – Portugal* – disponível: www.pordata.pt c consultado: 20.06.2017

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (2012). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias.* Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Fundação Portuguesa do Pulmão.

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (2013). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias.* Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Fundação Portuguesa do Pulmão.

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (2016). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias.* Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Fundação Portuguesa do Pulmão.

Olazabal, Gomes, M. & Sotto mayor, R. (2003), *Reeducação funcional respiratória.* M.C.O.Cordeiro, E.C.P.C.Menoita. Manual das Boas Práticas na Reabilitação Respiratória (p 62). Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (1996). *REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro.* Lisboa: OE

Ordem dos Enfermeiros (2000). *A Enfermagem é importante.* Disponível:www.ordemenfermeiros.pt.../OCIEmobilizaçãodosenfermeirosparapromoçãosaude.pt... Acedido: 28.06.2017

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. In Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010a) - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem do Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010b) - *Regulamento das Competências Específicas em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem do Enfermeiros.

OREM, Dorothea (2001) – *Nursing concepts of practice*. 6ª Edição. Missouri: Mosby. ISBN: 0-323- 00864-X.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (1986) “Carta de Ottawa”. Oteawa, Canadá novembro de 1986 .OMS. Disponível: [CARTA DE OTTAWA](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf acedido: 15.05.2017

Organização Mundial da Saúde (2015) – Resumo: *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. OMS. Disponível: [WHO | Chronic obstructive pulmonary disease \(COPD\)](http://www.who.int/respiratory/copd/en/)www.who.int/respiratory/copd/en/ acedido: 16.05.2017

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado – Conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Ries, A., et al. (2007). *Pulmonary Rehabilitation* - Joint ACCP/AACVPR evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, 131(5 Suppl), 4S-42S.

Roque B., Branco E., Caetano F., Seixas, L., Alves, L., Fernandes, R. Dotti, T. (2014). *Ventilação Não Invasiva: Manual*. Lisboa: Centro Hospital Lisboa Norte – Hospital Pulido Valente.

Significado de Domicílio - Dicionário Web Disponível:
www.dicionarioweb.com.br/domicílio/ Acedido: 15.06.2017

Soares, S. & Carvalho, C. (2009). *Intolerância ao exercício em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica*. *Revista Ciências Médicas Campinas*, 18(3) 143-151.

Spruit, M., Singh, S., Singh, J., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L. ... ATS/ERS Task Force on Pulmonary Rehabilitation (2013). An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation Executive Summary. *Am J Respir Crit Care Med*, 188(8), 1011–1027.

Apêndice III – Planificação das atividades

DOMINIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Competência A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

Competência A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Competência J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

Objectivos	Atividades	Indicadores	Recursos
1.Compreender a dinâmica organizacional e funcional dos serviços em contexto de estágio e o modo como se articulam com outros serviços.	-Integração de forma progressiva e gradual na equipa multidisciplinar e, na dinâmica organizacional do serviço -Observar as intervenções do enfermeiro de reabilitação e como organiza o seu planeamento.	Ter conhecimento sobre os locais de estágio, sua dinâmica e a organização. Ter observado as intervenções do enfermeiro de reabilitação na organização do planeamento.	<u>Humanos:</u> -Docente orientador/Enfermeiro chefe, - EEER/Outros enfermeiros - Equipa multidisciplinar. - Família E idoso com DPOC, e doente com necessidades especiais.
2.Desenvolver uma prática profissional baseada em princípios éticos e deontológicos na área de Enfermagem de Reabilitação	-Recolha de informação pertinente que permita a articulação com outros serviços e com a comunidade. -Identificação de recursos humanos, físicos e materiais existentes nos locais de estágio.	Ter realizado recolha de informação para obtenção da articulação com outros serviços e comunidade. Ter identificado recursos humanos, físicos e materiais existentes nos campos de estágio.	<u>Materiais:</u> -Normas, protocolos, manuais do serviço. -Código Deontológico do Enfermeiro.
3.Desenvolver cuidados especializados na capacitação do autocuidado á pessoa com necessidades especiais.	-Conhecimento sobre normas, protocolos e instrumentos de avaliação utilizados nos locais de estágio. -Informação á pessoa sobre todos os procedimentos de enfermagem especializados, obtendo o seu consentimento e participação na tomada de decisão Realização e implementação de planos de cuidados de enfermagem especializados, em parceria com o	Ter conhecimento sobre normas, protocolos e atuar em conformidade. Ter facultado informação à pessoa, validar se compreendeu, capacitando-a com conhecimento e habilidades que lhe permitam adquirir autonomia e tomada de decisão acerca do seu projecto de saúde.	-Revisão da literatura sobre conteúdos no âmbito da reabilitação Instrumentos de avaliação e colheita de dados <u>Físicos:</u> Unidade de reabilitação respiratória – Hospital Santa Maria

	<p>idoso com DPOC/família e pessoa com necessidades especiais.</p> <p>-Tomada de decisão baseada em princípios e valores éticos espelhados em conhecimentos desenvolvidos em enfermagem de reabilitação</p>	<p>Ter realizado e implementado plano de cuidados de enfermagem, em parceria com o idoso com DPOC/família e pessoa com necessidades especiais.</p> <p>Ter reformulado planos de cuidados, após avaliação sempre que ocorrem alterações.</p> <p>Ter realizado registros pertinentes, sintetizados e com linguagem científica.</p> <p>Ter tomado decisões baseadas em evidência científica e conhecimento adquirido na área da reabilitação.</p>	<p>Unidade de cuidados continuados integrados consigo</p> <p><u>Temporal:</u></p> <p>Ver cronograma</p>
<p>Critérios de Avaliação:</p> <p>De que modo os cuidados prestados à pessoa com necessidades especiais, refletem a importância para o desenvolvimento da responsabilidade ética, legal e profissional.</p> <p>De que modo demonstra conhecer a dinâmica, recursos do serviço, integrar a equipa multidisciplinar e as funções do EEER.</p>			

DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Competência B1 – Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade.

Competência B2 – Concebe, Gere e Colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

Competência B3 – Cria e mantém um ambiente seguro.

Competência J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Objectivos	Atividades	Indicadores	Recursos
4. Planear cuidados de enfermagem de reabilitação integrados no plano de cuidados, em parceria com o doente/família, otimizando as suas capacidades funcionais.	Desenvolver planos de cuidados de reabilitação em parceria com o doente/família otimizando as suas capacidades funcionais. Realizar cuidados de enfermagem de reabilitação na promoção da melhoria de um ambiente seguro em contexto de estágio.	Ter desenvolvido planos de cuidados em parceria com o doente/família otimizando as suas capacidades funcionais. Ter desenvolvido cuidados de enfermagem de reabilitação na promoção da melhoria de um ambiente seguro, da pessoa com necessidades especiais.	<u>Humanos:</u> - Docente orientador/Enfermeiro chefe, - EEER/Outros enfermeiros - Equipa multidisciplinar. - Família e idoso com DPOC, e doente com necessidades especiais.
5. Desenvolver estratégias de reabilitação com vista à promoção da melhoria de um ambiente seguro, em contexto de estágio.	Reconhecimento de fatores de risco para a segurança do idoso com DPOC /família, e à pessoa com necessidades especiais.	Ter reconhecido fatores de risco para a segurança do doente e para a qualidade dos cuidados prestados.	<u>Materiais:</u> - Normas, protocolos, manuais do serviço. - Código Deontológico do Enfermeiro. - Revisão da literatura sobre conteúdos no âmbito da reabilitação
6. Promover o autocuidado nas atividades de vida diária, com adaptações necessárias às limitações do idoso com DPOC/família, e à pessoa com necessidades especiais.	Reconhecimento de barreiras arquitetónicas, que possam limitar a funcionalidade do idoso com DPOC e à pessoa com necessidades especiais. Capacitar o idoso com DPOC/família, e à pessoa com necessidades especiais, através de ensino e treino sobre o manuseamento	Ter capacitado o idoso com DPOC/família, e a pessoa com necessidades especiais, através do ensino e treino sobre o manuseamento dos auxiliares de marcha, de forma a minimizar as limitações e poder realizar as atividades de vida diária	<u>Físicos:</u> Unidade de reabilitação respiratória – Hospital Santa Maria Unidade de cuidados continuados integrados consigo

	dos auxiliares de marcha, de forma a minimizar as limitações e poder realizar as atividades de vida diária.	<p>Ter reconhecido barreiras arquitetônicas, que possam limitar a funcionalidade do idoso com DPOC e à pessoa com necessidades especiais.</p> <p>Ter capacitado o idoso com DPOC/família, e a pessoa com necessidades especiais, através do ensino. Instrução e treino com auxiliares de marcha, de forma a minimizar as limitações e poder realizar as atividades de vida diária.</p>	<p><u>Temporal:</u></p> <p>Ver cronograma</p>
<p>Critérios de Avaliação:</p> <p>De que modo os cuidados prestados à pessoa com necessidades especiais, contribuíram para promover a continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação</p>			

DOMINIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

Competência C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar.

Competência J3 – Maximiza a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Objectivos específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores	Recursos
7.Comprender o papel do EEER, na gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação, promovendo as capacidades da pessoa com necessidades especiais.	Gestão e priorização dos cuidados adequados ao idoso com DPOC/família e à pessoa com necessidades especiais.	Ter gerido e priorizado os cuidados adequados.	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Docente orientador/Enfermeiro chefe, - EEER/Outros enfermeiros - Equipa multidisciplinar. - Família e idoso com DPOC, e doente com necessidades especiais. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Normas, protocolos, manuais do serviço. - Código Deontológico do Enfermeiro. - Revisão da literatura sobre conteúdos no âmbito da reabilitação - Instrumentos de avaliação e colheita de dados <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Unidade de reabilitação respiratória – Hospital Santa Maria Unidade de cuidados continuados integrados consigo <p><u>Temporal:</u></p> <p>Ver cronograma</p>
8.Planear intervenções, em parceria com o idoso com DPOC e família, baseados na prevenção, promoção, e melhoria do fluxo respiratório e a gestão de energia.	Promoção da colaboração do cuidador na prestação de cuidados.	Ter planeado e implementado intervenções, em parceria com o idoso com DPOC/família e à pessoa com necessidades especiais.	
	Avaliação das capacidades/limitações da pessoa com necessidades especiais.	Ter capacitado o cuidador na prestação de cuidados.	
	Consulta de processo clínico e realização de anamnese, com identificação das necessidades na gestão dos cuidados.	Ter identificado potenciais problemas.	
	Avaliação da capacidade funcional e potencial de reabilitação para a promoção do autocuidado.	Ter identificado deficiências no autocuidado do idoso/família com DPOC e na pessoa com necessidades especiais	
		Ter realizado consulta de processo clínico e realização de anamnese.	
		Ter avaliado as capacidades/limitações do idoso	

		com DPOC, e à pessoa com cuidados especiais. .	
<p>Critérios de Avaliação:</p> <p>De que modo é que a gestão e a priorização nos cuidados de enfermagem prestados aos doentes com necessidades especiais vai maximizar a sua funcionalidade.</p>			

DOMINIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Competência D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Competência D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores	Recursos
9.Desenvolver cuidados, de enfermagem de reabilitação, baseado em conhecimentos científicos, que visem a promoção do autocuidado.	Aprofundar conhecimentos de enfermagem de reabilitação. Refletir sobre a prática e realizar o paralelismo entre a teoria baseada na evidência científica.	Ter conhecimentos no âmbito da reabilitação. Ter refletido sobre a prática e ter realizado o paralelismo com a teoria.	<u>Humanos:</u> - Docente orientador/Enfermeiro chefe, - EEER/Outros enfermeiros - Equipa multidisciplinar. - Família e idoso com DPOC, e doente com necessidades especiais.
10.Elaborar o Relatório final de formação.	Desenvolvimento da iniciativa, segurança e assertividade ao nível da prestação dos cuidados, em parceria com a equipa multidisciplinar. Articulação dos saberes teóricos com a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. Desenvolvimento de momentos de reflexão e esclarecimento de dúvidas Partilha das reflexões realizadas com a docente orientadora Elaboração de análise crítica e construtiva do processo de ensino e aprendizagem,	Ter iniciativa, segurança e assertividade na prestação de cuidados. Ter articulado os saberes teóricos com a prestação de cuidados. Ter desenvolvido momentos de reflexão e esclarecimento de dúvidas. Ter partilhado as reflexões com a docente orientadora. Ter elaborado a análise crítica e construtiva do processo de ensino e aprendizagem.	<u>Materiais:</u> - Normas, protocolos, manuais do serviço. - Código Deontológico do Enfermeiro. - Revisão da literatura sobre conteúdos no âmbito da reabilitação Instrumentos de avaliação e colheita de dados <u>Físicos:</u> Unidade de reabilitação respiratória – Hospital Santa Maria Unidade de cuidados continuados integrados consigo <u>Temporal:</u> Ver cronograma

	refletindo sobre o projeto desenvolvido em função das experiencias desenvolvidas. Identificação de competências a desenvolver numa perspectiva futura	Ter identificado competências a desenvolver.	
Critérios de Avaliação: De que modo o desenvolvimento de conhecimentos técnicos e científicos, melhora a prestação de cuidados realizados ao doente com necessidades especiais.			

Apêndice IV – Cronograma

	Ano	2017															2018							
	Meses	Abril/Julho		Setembro/Outubro					Novembro				Dezembro			Janeiro					Fevereiro			
	Locais												DRFR											
	Semanas		25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	5	12	
Objectivos Especificos	1																							
	2																							
	3																							
	4																							
	5																							
	6																							
	7																							
	8																							
	9																							

CRONOGRAMA

Períodos de Estágio:

1º - 25.09. 2017 a 24.11.2017

2º - 27.11.2017 a 09.02.2018

Apêndice V – Guião da Entrevista – Contexto Hospitalar

ENTREVISTA DE PREPARAÇÃO PARA O ENSINO CLINICO

Antes de cada realização da entrevista decorreu:

- Apresentação dos intervenientes
 - Obtenção do consentimento para a realização da entrevista
 - Apresentação dos objectivos da entrevista.
-
- Planear o ensino clinico na área de Reeducação Funcional Respiratória, com vista á aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
 - Conhecer a Unidade de Reabilitação Respiratória.
 - Conhecer as características dos doentes: prevalência de patologias e necessidades de cuidados de reabilitação;
 - Compreender o âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
 - Compreender a gestão de recursos humanos e materiais.

Guião de Entrevista

1. Como é o funcionamento geral do serviço?
2. Quais as patologias mais frequentes?
3. Qual a população alvo?
4. Tem consulta de enfermagem de reabilitação? Ou a prestação de cuidados é apenas no internamento?
5. Quantos enfermeiros de reabilitação a unidade/serviço tem?
6. O enfermeiro de Reabilitação desempenha a sua especialidade?
7. De que forma o enfermeiro de reabilitação se articula com a equipa multidisciplinar?
8. Como se processa a articulação com outras instituições?
9. Orientam a prática dos cuidados de acordo com algum modelo teórico de enfermagem?
10. Tem projectos de enfermagem de reabilitação implementados? Gostaria de concretizar algum projecto na área de reabilitação?

Apêndice VI – Guião da Entrevista ECCI

ENTREVISTA DE PREPARAÇÃO PARA O ENSINO CLINICO

Antes de cada realização da entrevista decorreu:

- Apresentação dos intervenientes
 - Obtenção do consentimento para a realização da entrevista
 - Apresentação dos objectivos da entrevista.
-
- Planear o ensino clinico na área de Reabilitação, com vista á aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
 - Conhecer a Unidade de Cuidados Continuados Integrados Consigo.
 - Conhecer as características dos doentes: prevalência de patologias e necessidades de cuidados de reabilitação;
 - Compreender o âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
 - Compreender a gestão de recursos humanos e materiais.

Guião de Entrevista

11. Como é o funcionamento geral do serviço?
12. Quais as patologias mais frequentes?
13. Qual a população alvo?
14. Tem consulta de enfermagem de reabilitação? Ou a prestação de cuidados é apenas no domicílio?
15. Quantos enfermeiros de reabilitação a unidade/serviço tem?
16. O enfermeiro de Reabilitação desempenha a sua especialidade?
17. De que forma o enfermeiro de reabilitação se articula com a equipa multidisciplinar?
18. Como se processa a articulação com outras instituições?
19. Orientam a prática dos cuidados de acordo com algum modelo teórico de enfermagem?
20. Tem projectos de enfermagem de reabilitação implementados? Gostaria de concretizar algum projecto na área de reabilitação?

Apêndice II – Jornal de Aprendizagem



8º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

2º Jornal de Aprendizagem

Paula Alexandra Marques Fernandes

Lisboa

Outubro 2017





8º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

2º Jornal de Aprendizagem

Paula Alexandra Marques Fernandes

Enfermeira Orientadora: Ana Sofia Sales

Professora Orientadora: Cristina Saraiva

Lisboa

Outubro 2017



2º Jornal de Aprendizagem

O primeiro contacto com o local de estágio, ocorreu ainda durante a construção do projeto de formação e objetivava dois pontos: compreender se o estágio era adequado para a aplicação do projeto e facilitar a integração do estudante.

Este momento, consistiu numa entrevista com a Enfermeira chefe para conhecer a intervenção do EEER, a dinâmica, a organização do serviço, a gestão de recursos humanos e materiais, bem como a explicação resumida de como se articulavam com os outros serviços.

A explicação facultada, despertou elevado interesse acerca da rede e da sua articulação com os outros serviços, no entanto, devido a uma realidade laboral completamente diferente, subsistiu a necessidade de realizar uma pesquisa mais aprofundada inerente ao funcionamento e dinâmica organizacional, baseado na consulta da legislação vigente e na reflexão.

O Primeiro estágio, ocorreu na comunidade e foi realizado numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), incluído no Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES).

Os ACES, são providos de autonomia administrativa, organizacional e técnica e são constituídos por várias unidades, referentes a um ou mais centros de saúde. (Decreto-Lei n.º 137/2013).

As unidades funcionais, são divididas por Unidades de: cuidados de saúde; saúde familiar; cuidados de Saúde personalizados; Saúde pública; Cuidados na comunidade; recursos assistenciais partilhados.

Em cada unidade funcional, existe uma equipa multiprofissional que colabora com as outras unidades do ACES. E prestam cuidados primários de saúde à população, dentro da área geográfica correspondente. Intervém na promoção da saúde, prevenção e prestação de cuidados em situação de doença e articulam-se com outros serviços na continuidade dos cuidados.

A unidade de cuidados na comunidade (UCC), está inserida na rede nacional de cuidados continuados integrados (UCCI) e concede apoio psicológico e social, prestação de cuidados de saúde ao domicílio às pessoas/família e grupos vulneráveis em situação de dependência física, funcional e de risco. Concretiza educação para a saúde, incorporação de unidades móveis e redes de apoio à família.

A UCCI realiza cuidados à pessoa que se encontra dependente de terceiros. É uma rede, formada por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, cuidados paliativos, apoio social, que advêm de hospitais, serviços comunitários, serviços distritais, centros de saúde, segurança social, autarquias locais e rede solidária. (Decreto-Lei nº 101/2006).

Fazem parte da rede da UCCI, Unidades de internamento/unidade de convalescença: unidade de média duração e reabilitação, unidade de longa duração e manutenção, e unidades de cuidados paliativos;

- Unidades de ambulatório, que são unidades de dia, que promovem a autonomia;
- Equipas hospitalares: equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e equipas de gestão de altas;
- Equipas domiciliárias: ECCI e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

O estágio foi concretizado na ECCI C., que sustêm uma equipa multidisciplinar, que realiza prestação de cuidados em contexto domiciliário, após avaliação de enfermagem de reabilitação, do médico e apoio social. Visando melhorar a funcionalidade do doente em situação de dependência, promovendo a autonomia como referenciado no Artº 3º do D.L. nº 101/2006, através da *“reeducação, readaptação e reinserção familiar e social, provendo o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida”*.

A ECCI C., realiza cuidados a 20 doentes e a duas crianças com doença crónica, com necessidade de cuidados especiais. Esta unidade contempla grande diversidade de patologias, sobretudo: Acidente Vascular Cerebral (AVC), doenças do foro ortopédico e traumático, politraumatizados e neoplasias diversas.

A equipa multidisciplinar é constituída por treze elementos: um médico, uma psicóloga, duas assistentes sociais, uma enfermeira de saúde comunitária, uma enfermeira de cuidados paliativos, três enfermeiras de reabilitação (em que uma delas possui experiência em cuidados intensivos pediátricos), uma enfermeira especialista em saúde infantil; uma enfermeira de saúde materna, uma enfermeira generalista e uma fisioterapeuta.

Cada enfermeiro é responsável por ser gestor de caso de 6 ou 7 doentes, e tem que desenvolver um plano individual para cada doente, que contemple os objetivos e as intervenções, para atingir os resultados propostos.

Na minha opinião, considero primordial o enfermeiro que melhor gere e conhece as necessidades do doente, seja o gestor de caso, devido a obter as melhores respostas, para as limitações funcionais.

A intervenção do enfermeiro gestor de caso, é determinante no processo de tomada de decisão, determina as prioridades na concretização dos cuidados, promove o autocuidado e as respostas mais adequadas para situações emergentes. A melhoria dos cuidados prestados ao doente/família, a melhoria da qualidade de vida e a melhoria da satisfação. (Martins, M., Fernandes, P., 2010)

A equipa multidisciplinar, reúne-se semanalmente para discutir, partilhar e avaliar o programa de reabilitação e atualizá-lo de acordo com os progressos do doente. Compreender as necessidades do doente/família e atenuar algumas carências materiais. As equipas multidisciplinares, com os diversos conhecimentos são importantes para a prestação de cuidados holísticos.

A comunicação é a base desta aliança, exigindo um esforço conjunto de toda a equipa, tendo como premissa o bem-estar e os ganhos em saúde para o doente. (Hoeman, 2000).

Os doentes são referenciados através da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), através da gestão de altas do hospital ou outra unidade de saúde. Outros critérios são: serem dependentes na realização das atividades de vida diária (AVD), necessitarem de cuidados diferenciados prestados no domicílio.

Foi essencial para uma integração mais rápida, o conhecimento acerca da legislação, normas e referenciação dos doentes. Antes de usufruir dos conhecimentos supramencionados, sentia uma certa insegurança que posteriormente foi eliminada, dando lugar ao bem-estar e à segurança na prestação dos cuidados.

Esta equipa pertence ao ACES e Lisboa Ocidental e Oeiras e garante:

- Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos = preventivos, reabilitação, curativa e paliativa;
- Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores;
- Educação para a saúde aos doentes/familiares e outros cuidadores;
- Cuidados de fisioterapia;
- Apoio na satisfação das necessidades básicas;

- Apoio nas atividades de vida diária;
 - Apoio nas atividades instrumentais da vida diária;
 - Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.
- (Decreto lei nº101/2006)

Quando iniciamos o estágio na comunidade foi notório o apoio concedido pela orientadora de estágio e pelos pares, fomentando o desenvolvimento da relação, minimizando o *stress* próprio do momento, aumentando a satisfação pessoal e a motivação.

Apercebi-me que o enfermeiro supervisor e a equipa multidisciplinar apresentaram estratégias simplificadoras para minimizar o desconforto normal do momento, incitando uma integração adequada, através de um processo contínuo e dinâmico. Viabilizando que este fosse de qualidade e de socialização eficaz, favorecendo uma prestação de cuidados com qualidade e o desenvolvimento de competências eficientes (Macedo, 2012).

Quando este objetivo foi alcançado, compreendi a sua relevância, pois tornou-se indispensável para minimizar a ansiedade e concretizar os restantes objetivos de forma positiva.

Senti que foi essencial o conhecimento acerca das normas e a dinâmica do serviço, promovendo a minha capacitação como enfermeiro iniciado, colaborando para a aquisição de experiências e simplificação do paralelismo entre a teoria e a prática, incentivando o desenvolvimento de competências (Benner, 2001). A aquisição destes conhecimentos, permitiu que a integração fosse mais rápida do que o planeado, com a identificação do papel de cada interveniente na prática do cuidar e uma maior consciência assente na responsabilidade para com o doente.

Considero, que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, quando está inserido na comunidade tem um papel muito dinâmico junto do doente/família, devido a deter maior autonomia e mais responsabilidade perante a equipa multidisciplinar, o doente, a família e a comunidade.

Referências Bibliográficas

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Decreto – Lei nº 101/2006 de 6 de Junho (2006). Diário da república I Série – A nº 109 (6 de Junho de 2006) p. 3856-3865
- Decreto – Lei nº 137/2013 de 7 de Outubro (2013). Republicação do Decreto – Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro. Diário da república I Série – A nº 193 (7 de Outubro de 2013) p. 6050-6061
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo* (2ª edição). Loures, Portugal: Lusociência.
- Macedo, M. (2012). *Supervisão na Integração de Enfermeiros à luz do Modelo Bioecológico*. (Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro) Martins, M.,
- Fernandes, P., (2010) *O Gestor de Caso: aplicabilidade do conceito*. Instituto Politécnico de Castelo Branco/ESALD – Relatório técnico/científicos. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Disponível: <http://hdl.handle.net/10400.11/1731>. Consultado: 10/2017.

PLANO DE CUIDADOS

Apêndice III - Plano de Cuidados no Domicílio



8º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

1º Plano de Cuidados de Enfermagem

Paula Alexandra Marques Fernandes

Lisboa

Outubro 2017





8º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

1º Plano de Cuidados de Enfermagem

Paula Alexandra Marques Fernandes

Enfermeira Orientadora: Ana Sofia Sales

Professora Orientadora: Cristina Saraiva

Lisboa

Outubro 2017



Identificação da doente

Nome: M^a C. P.

Idade: 95 anos

Estado Civil: Viúva

Profissão/Ocupação: Reformada (Professora)

Residência: Campolide

Agregado Familiar: vive sozinha.

Condições habitacionais:

Reside em casa própria, no 7º andar com elevador e escadas. Habitação de 3 assoalhadas com boas condições habitacionais.

Pessoa significativa: Sobrinha que vive no Porto. Vizinha no mesmo andar que trata por sobrinha.

Data de Admissão na ECCI Consigo: 17 de Agosto de 2017

Motivo de referenciação para a ECCI C.

Em Setembro de 2017, teve um internamento de um mês, com o diagnóstico de pancreatite aguda. Refere que durante o tempo em que esteve internada, não fez levante, aquando o dia da alta.

Apresenta dificuldade na marcha, algum desequilíbrio dinâmico e estático em posição ortostática. Mantém equilíbrio dinâmico e estático na posição de sentada.

História Pgressa:

A doente apresenta antecedentes de mastectomia à direita há 60 anos, com esvaziamento axilar; mastectomia à esquerda há 20 anos; dor crónica no ombro direito, com diminuição da amplitude articular. Realizou infiltração há cerca de um ano; síndrome vertiginoso ligeiro; queixas osteoarticulares; cirurgia a basalioma palpebral inferior, em 2008; dor crónica nos joelhos, com predomínio à direita, com perda progressiva da mobilidade. Dificuldade no andar, utiliza bengala como auxiliar de marcha. Apresenta cansaço quando anda mais de 50 metros; incontinência urinária de esforço, usa penso higiénico. Desconhece alergias.

Medicação de ambulatório:

Omeprazol 20mg/jejum; Structomax 2xdia/almoço e jantar; Arlevert (cinarizina 20mg+dimenidrinato 40mg) 2xdia/almoço e jantar; Socian 50mg 2xdia/almoço e jantar; Lorenin 2,5mg/deitar; Latanoprost Sandoz colírio 0,05mg/ml/ depois jantar. **SOS:** Diclofnac 50mg até 3x dia

História de Vida:

Doente de 95 anos, viúva e sem filhos. Gosta de ler, ver televisão e tricotar cachecóis para oferecer aos sem abrigo. Reúne-se com as amigas todas as tardes, para conversarem e beber chá. Antes do internamento gostava de ir à missa ao domingo.

Depois do internamento, vive com duas empregadas que se alternam durante as 24 horas, para a D^a M^a C. se manter acompanhada.

Mantém autonomia parcial nas atividades de vida diárias, com supervisão no vestir/despir e na higiene pessoal, esta última com o apoio de cadeira de banho e a assistência parcial ou total da empregada que a substitui para lavar as costas e os membros inferiores. Mantém autonomia na utilização do WC, no levantar do leito, apesar de apresentar alguma dificuldade.

Utiliza a bengala como auxiliar de marcha, outras vezes usa a mobília ou a ajuda de terceira pessoa, para andar dentro de casa.

É totalmente dependente para todas as atividades realizadas fora do domicílio (compras, etc...), sendo substituída pela vizinha que a ajuda na realização das mesmas.

Avaliação de enfermagem de reabilitação 04.10.2017

De acordo com o modelo teórico Dorothea Orem

A D^a C. apresenta-se vígil, orientada auto e alopsiquicamente. Mucosas coradas e hidratadas. Hemodinamicamente estável: normotensa 104/74; normocárdica 74ppm; Sem queixas álgicas. Eupneica.

Apresenta membros inferiores, sem edemas ou sinais de compromisso neurocirculatório. Ostenta linfedema acentuada no membro superior direito, devido a esvaziamento axilar.

Alimenta-se de dieta diversificada e sem restrições. Realiza hidratação hídrica de 1,5 litro/dia. Evacua em dias alternados.

Motivo de referenciação:

Aumento de autonomia e fortalecimento muscular.

Avaliação dos Requisitos de Autocuidado de Desenvolvimento

A D^a M^a C. P está a atravessar a fase de envelhecimento no desenvolvimento humano, considerada pela nossa cultura por a mais difícil. Devido a algumas

limitações que o corpo experiência e a algumas memórias menos enriquecedoras que foram vivenciadas ao longo dos anos. A D^a C: após o internamento, apresenta limitação na marcha, por perda ponderal de massa muscular e desequilíbrio dinâmico na posição ortostática. Mobiliza-se com o apoio de auxiliar de marcha (bengala) e de terceira pessoa.

Avaliação dos Requisitos de Autocuidado de Desvio de saúde

No mês de Setembro de 2017, enquanto esteve internada com o diagnóstico de pancreatite aguda, a D^a C. refere que não realizou levantar. Nessa sequência, apresenta diminuição de força muscular, diminuição da mobilidade da articulação glenoumeral do membro superior direito e desequilíbrio dinâmico em posição ortostática.

Tem o apoio de duas empregadas, que se vão alternando durante as 24 horas, para que a doente se mantenha acompanhada e apoiada nas suas limitações funcionais.

Apresenta dependência moderada, com score de 75 pontos, na escala do nível de independência de vida do doente. Ostenta baixo risco, score 19, na escala de Braden, no desenvolvimento de úlceras por pressão. E alto risco de queda, com score de 50, na escala de Morse.

A força muscular foi avaliada através da escala *Medical Research Council*:
04/10/2017: A doente tem força mantida no membro superior esquerdo 5/5. Diminuição da força no MS direito 3/4. E diminuição da força muscular dos MI 4/5.

13/10/2017: Melhoria da força muscular do MS direito 4/5 e da força muscular dos membros inferiores (5/5).

Resumo dos Problemas identificados

- Risco de queda relacionado com a diminuição da força nos membros inferiores, manifestado por equilíbrio dinâmico instável na posição ortostática;
- Défice de autocuidado, relacionado por diminuição da força muscular no MS direito e MI's, manifestados por incapacidade em realizar o autocuidado de higiene, vestir/despir, calçar/descalçar;
- Mobilidade comprometida, relacionada com a diminuição da força muscular, manifestada por instabilidade na marcha.

Avaliação dos requisitos universais de autocuidado

Requisitos Universais de Autocuidado	Sistema de Enfermagem	Padrão habitual de Autocuidado	Padrão atual de Autocuidado
Manutenção de inspiração de quantidade de ar suficiente.		Eupneica Mantém-se hemodinamicamente estável: normotensa e normocárdica.	<ul style="list-style-type: none"> Sem alterações
Manutenção de ingestão suficiente de água		A doente refere que ingere 1,5 litros de água por dia.	<ul style="list-style-type: none"> Sem alterações
Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos		Alimenta-se autonomamente cerca de 5 refeições/dia: pequeno-almoço; lanche a meio da manhã; almoço; jantar e ceia. Ingerindo na grande maioria das vezes a totalidade da alimentação facultada.	<ul style="list-style-type: none"> Sem alterações.
Manutenção de um padrão de eliminação adequado		Doente utiliza pensos higiénicos por apresenta incontinência de esforço.	<ul style="list-style-type: none"> Sem alterações
Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso	Sistema parcialmente compensatório Sistema de apoio e ensino	Dorme cerca de 7/6 horas de sono reparador	<ul style="list-style-type: none"> Sem alterações

Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social		Gosta de ler, ver televisão, ouvir música e fazer cachecóis para oferecer aos sem abrigo. Todos os dias reúne-se com um grupo de amigas/vizinhas para beberem chá e conversarem.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sem alterações
Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano.	Sistema parcialmente compensatório; Sistema de apoio e ensino	Antes do internamento, já existia alguma limitação na mobilidade, utilizava apoio de marcha (bengala).	<p>A doente apresenta risco de queda</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alto risco de queda= 50 pontos, na escala de Morse; ▪ Baixo risco de desenvolvimento de úlcera = 19 pontos, na escala de Braden.
Promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, e as limitações conhecidas e o desejo de ser normal.	Sistema parcialmente compensatório; Sistema de apoio e ensino	A D ^a C.P. necessitava de assistência parcial para a higiene das costas e membros inferiores.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Necessita de ser assistida parcialmente nas AVD. ▪ É assistida parcialmente, no autocuidado pessoal, como: enxugar as costas, pernas e pés; calçar/descalçar sapatos/meias; lavar a cabeça. ▪ Avaliação do nível de independência de vida do doente: 75 pontos – Dependência moderada

Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, segundo o Modelo de Dorothea Orem

Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação	Objetivos	Intervenções de Enfermagem
Risco de queda relacionado diminuição da força nos membros inferiores, manifestado por equilíbrio dinâmico na posição ortostática.	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção de equilíbrio dinâmico na posição ortostática; - Melhorar a marcha; - Prevenção de quedas. 	<p align="center"><u>Sistema Parcialmente Compensatório</u></p> <p align="center"><u>Sistema Apoio-Educação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Planear as sessões de Reabilitação motora em parceria com o doente e explicar a relevância de cada exercício, tendo em conta a sua disponibilidade e tolerância ao esforço. ▪ Facultar informação, acerca de todas as ações e procedimentos que se irão concretizar, adquirindo a sua participação; ▪ Proporcionar ambiente calmo, tranquilo, e com privacidade; ▪ Avaliação e monitorização do risco de queda, através da escala de Morse. ▪ Avaliação da força muscular através da escala <i>Medical Research Council</i>; ▪ Avaliação do equilíbrio dinâmico e estático na posição ortostática;

- Ensinar a utilização de calçado fechado, sem atacadores e com sola antiderrapante;
- Ensinar sobre a prevenção de quedas no domicílio;
- Explicar a importância de retirar tapetes, evitar o chão molhado e encerado;
- Ensinar, instruir e treinar mobilizações dos segmentos (distal para proximal), com movimentos passivos, ativos e ativos resistidos;
- Ensinar, instruir e treinar técnicas de levante;
- Ensinar, instruir e treinar técnicas de equilíbrio:
 - Alternância de carga nos membros superiores;
 - Alternância de carga nos membros inferiores;
 - Contorno de obstáculos (cadeira, mesa, ...);
- Ensinar, instruir e treinar a técnica de correção corporal;
- Ensinar, instruir e treinar técnicas de equilíbrio recorrendo a dispositivos de apoio: bengala, corrimão;
- Treino de equilíbrio (sentada e em pé);
- Treino de pedaleira;
- Treino de marcha;
- Treino de escadas.

		<ul style="list-style-type: none"> - Cada exercício, é realizado em séries de 3x10, aumentando progressivamente de acordo com a tolerância do doente. - Demonstrar disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, receios e ansiedade. - Concretizar reforço positivo, durante a realização dos exercícios e corrigir se necessário. - Realizar em parceria com o doente, o programa de exercícios personalizados em suporte de papel, e facultá-lo para realizar na ausência do EEER; - Realizar registos de Enfermagem de Reabilitação; - Partilha de ideias com a equipa multidisciplinar.
Mobilidade comprometida, relacionada por diminuição da força muscular, manifestada por instabilidade na marcha	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a amplitude dos movimentos e a força muscular dos membros inferiores e dos membros superiores.; - Prevenção de complicações relacionadas com a imobilidade; 	<p style="text-align: center;"><u>Sistema Parcialmente Compensatório</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Sistema Apoio e Educação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar, instruir e treinar a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios. Explicar ao doente acerca da importância de inspirar em repouso e expirar durante o esforço; • Ensinar, instruir e treinar mobilizações ativas assistidas até ao limiar da dor e a amplitude articular; • Ensinar instruir e treinar a técnica da ponte; • <u>Dedos dos pés</u>: flexão/extensão e adução/abdução;

	- Melhorar a marcha	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Tibiotársica</u>: dorsiflexão/flexão plantar e inversão/eversão; • <u>Joelho</u>: flexão/extensão; • <u>Coxofemoral</u>: flexão/extensão, adução/abdução e rotação externa/interna; • <u>Dedos da mão</u>: flexão/extensão, adução/abdução e oponência do polegar; • <u>Punho</u>: flexão/extensão e desvio radial/desvio cubital; • <u>Antebraço</u>: pronação/supinação; • <u>Cotovelo</u>: flexão/extensão • <u>Escapulo-Umeral</u>: Flexão/extensão, elevação/depressão, adução/abdução e rotação; • <u>Pescoço</u>: flexão /extensão, inclinação lateral e rotação;
Défi ce no autocuidado relacionado com diminuição da força muscular do MS direito e dos MI's manifestado por incapacidade em realizar autocuidado de higiene; vestir/despir;	- Promoção de autonomia nas AVD;	<p><u>Sistema Parcialmente Compensatório</u></p> <p><u>Sistema Apoio-Educação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a independência para as AVD relacionadas com o autocuidado, utilizando o índice de Barthel; ▪ Instituir ambiente seguro; ▪ Ensinar, instruir e treinar o cuidador para não substituir a doente; ▪ Organizar todo o material necessário para a higiene e colocar por ordem de utilização;

**transferência;
calçar/descalçar.**

- Disponibilizar o tempo suficiente para a realização do autocuidado;
- Ensinar, instruir e treinar acerca da técnica de transferência para a cadeira de banho;
- Incentivar a autonomia da doente no autocuidado, nomeadamente: vestir/despir, transferência, cuidados de higiene e conforto, calçar/descalçar;
- Utilizar dispositivos auxiliares: tapete antiderrapante, chuveiro com mangueira extensível, barras de apoio lateral, escova/esponja com cabo longo para realização da higiene das costas e membros inferiores, calçadeira de cabo comprido;
- Assegurar a compreensão e aplicação dos ensinamentos realizados e conhecimentos obtidos pelo doente.

Avaliação de Enfermagem

04/10/2017

Doente hemodinamicamente estável e bem-disposta. Adorou participar (mediante pedido de autorização), em todas as avaliações solicitadas com boa disposição. Apresenta força muscular 4/5 na escala *Medical Research Council Muscle Scale*, em todos os segmentos à exceção do membro superior direito e membros inferiores, onde apresenta 3/4. Foi realizada treino de correção de alinhamento corporal, com algum efeito. Realizou mobilizações ativas e ativas resistidas em todos os segmentos articulares, apresenta limitação na amplitude articular glenoumeral do

membro superior direito. Foi explicado à doente a importância do calçado fechado e antiderrapante. Foi explicado ao doente, acerca da importância de inspirar em repouso e expirar durante o esforço. Apresenta alguma dificuldade em realizar o exercício.

Foi realizado treino de marcha em escadas com apoio de terceira pessoa, com necessidade de repouso 2x. Como a doente se apresentava um pouco cansada, foi facultado para que realizasse a pedaleira após a sesta. Realização de registos de enfermagem.

05/10/2017 a 09/10/2017

A D^a encontra-se hemodinamicamente estável. Sorridente e muito motivada para aprender e dar continuidade ao programa de exercícios planeados. A doente conseguiu efetivar o programa de reabilitação, com melhorias no levantar/sentar da cadeira e levantar da cadeira de banho. Foi realizado treino de transferência para o leito, com supervisão. O treino da técnica de marcha nas escadas foi realizado com o apoio do corrimão e de forma continua (sem necessidade de parar para descansar). Concretizou a totalidade da refeição do pequeno almoço e almoço com supervisão.

10/10/2017



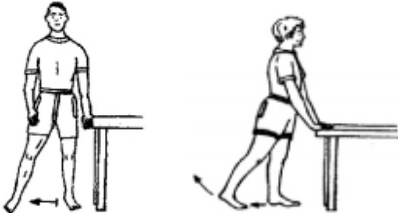
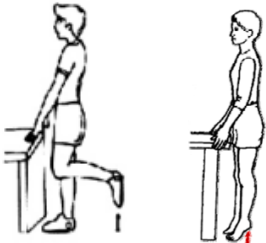


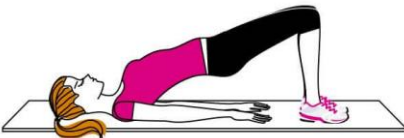
A D^a apresenta muita motivação na realização do programa de reabilitação. Na ausência do EEER e com o programa de reabilitação em suporte de papel, realiza alguns exercícios antes do levantar e mais duas vezes durante o dia com a assistência e supervisão da cuidadora. A D^a apresenta melhorias significativas, tanto no equilíbrio hemodinâmico na posição ortostática, como na estabilidade postural. Realiza treino de marcha com supervisão, não utiliza apoio de marcha e sem ajuda de terceira pessoa. A doente foi alertada para nunca realizar o treino de marcha sem apoio, se não estivesse acompanhada. Apresenta força muscular grau 5/5 em todos os segmentos à exceção do membro superior direito 4/5, avaliação realizada através da escala *Medical Research Council*. Devido aos resultados favoráveis obtidos, foi negociado com a D^a C ir passear à rua na próxima sexta feira. Ficou um pouco apreensiva, mas imediatamente riu e concordou. A doente conseguiu subir e descer mais um lanço de escadas do que o habitual (2

lanços de escadas, 12 degraus). Tem-se preparado a doente para a alta, ela fica triste e refere que precisa muito que estejamos presentes na sua reabilitação. Realização de registos de EEER.

13/10/2017

Hemodinamicamente estável. A doente apresentava-se um pouco ansiosa, referindo que tinha dormido pouco nessa noite por estar preocupada e a questionar-se, se depois de tanto tempo ainda seria capaz de sair à rua. Foi planeado com a D^a C. ir à farmácia que era na porta ao lado da entrada do prédio (aproximadamente 50 metros), estes últimos metros de piso irregulares (pedra da calçada). A doente estava muito contente e após ter atingido o objetivo, pediu para ir ao café (que era do outro lado da rua) cumprimentar o dono e beber um café.

Apêndice II – Programa de Reabilitação da D^a M^a C.P.

Exercício	
	<p>Movimentar pés para cima e para baixo</p> <p>3 x 10 vezes</p>
	<p><u>Sentada:</u></p> <p>Dobre e estique o joelho</p> <p>3 x 10 vezes</p>
	<p><u>Em pé:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Afaste a perna 3 x 10 • Leve a perna atrás com o joelho esticado 3 x 10
	<p><u>Em pé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dobre o joelho • Levante os calcanhares
	<p>Levantar com a inclinação do corpo para a frente e sentar com apoio de mãos</p> <p>3 x 10 vezes</p>
	<p>Dobrar e esticar os braços</p> <p>Usar a garrafa de água de 0,5l</p> <p>3 x 10 vezes</p>
	<p>Levantar as coxas, apertar as nádegas e aguentar durante 5 minutos x 10</p>

O programa de Reabilitação, tem como premissa aumentar a força muscular, manter a integridade das articulações, manter a amplitude dos movimentos, conservar a flexibilidade, evitar contraturas, melhorar a circulação sanguínea e prevenir complicações.

O programa de Reabilitação deve ser:

- realizado 2 vezes por dia (se possível);
- repetido, pelo menos, 3 séries x10 vezes cada movimento (de forma coordenada);
- realizado até ao limiar da dor e do cansaço (não provocar dor e parar se a D. Mª C. P. estiver cansada);

E ainda:

☺ Pedaleira 10min manhã/ tarde

☺ Subir e descer escadas com apoio de outra pessoa.

😊 As melhoras da D. Mª C. P. e Boa Reabilitação

Apêndice V – Plano de Cuidados em contexto Hospitalar



8º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

1º Plano de Cuidados de Enfermagem

Serviço de Pneumologia

Paula Alexandra Marques Fernandes

Lisboa

Dezembro 2017





8º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

1º Plano de Cuidados de Enfermagem

Serviço de Pneumologia

Paula Alexandra Marques Fernandes

Enfermeira Orientadora: Andreia Oliveira

Professora Orientadora: Cristina Saraiva

Lisboa

Dezembro 2017



Identificação do doente

Nome: C.C.

Idade: 79 Anos

Raça: Leucodérmico

Estado civil: Casado

Profissão/Ocupação: Hidrogeólogo de minas, reformado.

Residência: Alfovelos

Agregado Familiar: vive com a esposa

Condições habitacionais: reside com a esposa, em habitação própria, num apartamento T3, no 8º piso, com elevador e boas condições habitacionais.

Pessoa significativa: A esposa é a sua cuidadora e está internada no HCV por doença oncológica. O filho assumiu o papel de cuidador, mas é muito ausente devido à sua profissão.

Hábitos de vida: as principais distrações do doente, são a informática, televisão, ouvir música, gosta muito de ler livros científicos e jornais, reúne-se com os amigos em alguns jantares. É independente nas atividades de vida diária, necessitando de ajuda parcial de terceiros nos períodos de crise, devido à dispneia e ao cansaço que apresenta durante o esforço.

Hábitos de saúde: hábitos tabágicos de cerca de 40 cigarros/dia, até há +/- 11anos; não realiza exercício físico.

Data de Admissão no Serviço de Pneumologia: 05/12/2017

Motivo de internamento

O Sr. C. C. recorreu ao serviço de urgência do HSM no dia 03/12/2017, por quadro de tosse produtiva, expectoração que não conseguia expelir, agravamento progressivo da dispneia e cansaço a pequenos esforços. Apresentava edema maleolar bilateral. Chegou ao serviço de maca.

História Pgressa:

Fumador desde a infância, cerca de dois maços de tabaco/dia, realizou cessação tabágica há 11 anos, através da consulta de desabitação. Hipertensão arterial; Pneumonia Adquirida na Comunidade, em 2013; Status pós tuberculose na adolescência; Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP). Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC); Enfisema pulmonar; Internamentos recorrentes devido a exacerbação de DPOC, último em Outubro de 2017 no HPV. O doente é seguido na consulta de Pneumologia. Usa ortótese visual por diminuição da acuidade visual bilateral

Medicação de Ambulatório:

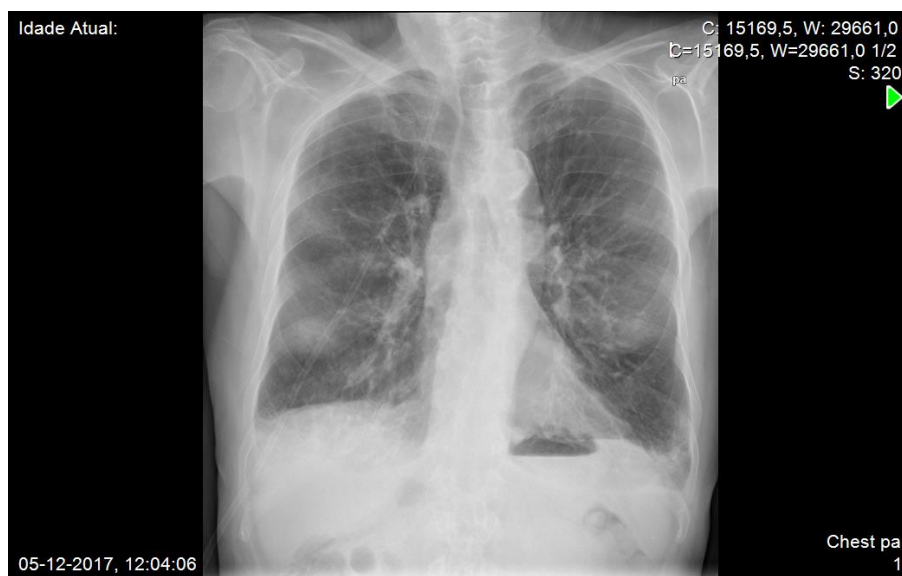
Enalapril 5mg 1xdia; Tansulosina 0,4mg 1xdia; Mirtazapina 15mg 1xdia; Omeprazol 20mg 1xdia; Lasix 40mg 1xdia; Maizar, Spiriva, Ventilan em SOS; OLD de longa duração, durante as 24 horas, com a prescrição de 0,5/L em repouso e 2L em esforço (Prescrição realizada por apresentar insuficiência respiratória crônica estável e de acordo com o resultado de gasometria arterial: PaO₂ inferior a 55mmHg com hipercapnia confirmada pelo menos duas vezes num período de três semanas).

Alergias: Desconhece

Diagnóstico clínico: DPOC agudizada, relacionada com infecção respiratória.

Exames complementares de diagnóstico dia 05/12/2017:

Imagiologia do tórax: incidência PA



Na radiografia de tórax de dia 05/12/2017, observa-se horizontalização dos arcos costais; sinais de hiperinsuflação; obliteração dos seios costofrênicos, com maior predomínio à direita. Zonas de hipotransparência heterogênea (condensação/existência de secreções)

Análises laboratoriais:

Hemoglobina 12,1g/dl; Hematócrito 36,4%; leucócitos 10,85; Plaquetas 257; PCR 8,15mg/dl; Fibrinogénio 548mg/dl; Sódio 141mmol/L; Potássio 3,8mmol/L; Cloretos 95mmol/L; Ureia 52mg/dl; Creatinina 1,23mg/dl; Taxa de filtração glomerular, estimada 55,3ml/min/1,73; Glucose 86mg/dl. Albumina 3,2g/dl

Gasometria Arterial:

Ph = 7,379; pO₂ = 69,1mmHg; pCO₂ = 61,2mmHg; HCO₃ = 35,3mmol/L;

Exames complementares de diagnóstico dia 15/12/2017:

Análises laboratoriais:

Hemoglobina 11,8g/dl; Hematócrito 35,4%; leucócitos 7,75; Plaquetas 248; PCR 0,660mg/dl; Fibrinogênio 548mg/dl; Sódio 135mmol/L; Potássio 4,2mmol/L; Cloretos 96mmol/L; Ureia 42mg/dl; Creatinina 1,06mg/dl; Taxa de filtração glomerular, estimada 66,2ml/min/1,73;

Gasometria Arterial:

Ph = 7,370; pO₂ = 64,3mmHg; pCO₂ = 51,5mmHg; HCO₃ = 29,1mmol/L;

Medicação realizada no internamento:

Medicamento Prescrito	Dose	Via	Frequência/horário
Administração			
Aminofilina	225mg	Oral	12/12h = 7h – 19h
Beclometasona 220MCG7dose sol. press	6 puffs	Inalação	12/12h = 10h – 22h
Benzidamina 0,15% Colutório FRS 250 ML	10ml	Tópica	Pequeno almoço; almoço, jantar, deitar
Salbutamol 100 MCG/Dose susp. press.	4 puffs	Inalação	4/4 horas = 2h – 6h – 10h – 14h – 18h – 22h.
Ipratrópio 20MCG/Dose susp. press.	16 puffs	Inalação	4/4 horas = 2h – 6h – 10h – 14h – 18h – 22h.
Acetilcisteína 600mg	600mg	Oral	1id. = 9h
Enalapril 5mg comp.	5mg	Oral	12/12h = 10h - 22h
Enoxaparina sol inj. 40mg	40mg	SC	1id. = 9h
Mirtazapina comp. 30mg	30mg	Oral	1id. = deitar
Alprazolam comp. 0,25mg	0,25mg	Oral	SOS/SOS até 1 id
Omeprazol caps 20mg	20mg	Oral	1id. = 7h
Sucralfato 20% susp. oral saqueta	1-Gram	Oral	1id. = deitar

Piperacilina + Tazobactam sol inj IV 4,5 G	4,5	IV	6/6h = 1h - 7h – 13h – 19h.
Amicacina sol inj 250 mg/ml Amp 2ml	1000mg	IV	1id. = dia
Tansulosina caps 0,4 mg	0,4mg	Oral	1id. = jantar
Paracetamol Sol p/perfusão 10mg/ml	1000mg	IV	SOS/SOS até 2 id
Ácido Fólico 5mg Comp.	5mg	Oral	1id. = pequeno almoço
Colecalciferol Sol. Oral 0,5mg/ml	4gotas	Oral	1id. = jantar

Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação 06.12.2017

A avaliação de Enfermagem, é norteada através do modelo teórico de Enfermagem de Dorothea Orem

Avaliação dos Requisitos Universais de autocuidado

Estado de consciência: O Sr. C. encontra-se consciente, orientado auto e alo psiquicamente. Comunicativo e bem disposto.

Estado Geral: Bom estado geral, pele e mucosas coradas e hidratadas. Ligeiro edema na região maleolar bilateral. Não apresenta queixas álgicas.

Inspeção torácica: tórax simétrico, tipo tonel.

Hemodinâmica: normotenso: tensão arterial inicial: 109/63mmHg e tensão arterial no final da RFR: 125/63mmHg; normocárdico: frequência cardíaca: 83 batimentos/minuto, em ritmo sinusal.

Ventilação: respiração espontânea, com aporte de oxigénio a 4 litros, através de óculos nasais, durante as 24 horas, com necessidade de aumentar o aporte de oxigénio para 6 litros, durante o esforço. Esta prescrição médica, foi ponderada relativamente ao uso de VNI, foi decidido que apesar do doente estar a reter CO₂ (hipercapnia, 61,2 mmHg), o oxigénio a 4 litros era o mais indicado.

Padrão respiratório: eupneico, frequência respiratória de 20 ciclos por minuto, regular, toraco-abdominal, média amplitude, sem tiragem.

Apresenta alguns acessos de tosse produtiva, nem sempre eficaz, em moderada quantidade, secreções amareladas e espessas, que consegue mobilizar esporadicamente para a orofaringe e expelir.

Auscultação pulmonar: apresenta murmúrio vesicular diminuído, ao nível dos dois hemotórax, (redução do fluxo do volume corrente, consequência da redução do calibre das pequenas vias aéreas.)

Avaliação da dispneia: doente menciona score de 5 (intensa), na escala de Borg Modificada (anexo 1) no início e no fim da RFR. (escala utilizada no serviço de pneumologia, cuja monitorização é efetuada durante o esforço e aquando do repouso do doente).

Foi efetuada a avaliação do risco de queda, com a escala de Morse (anexo 2) e risco de úlcera de pressão, com a escala de Braden (anexo 3).

- **Escala de Morse**=Total: 30 pontos = **Baixo Risco de Queda**
- **Escala de Braden**=Total: 28 pontos = **Baixo Risco de desenvolvimento de úlcera.**

Avaliação de autocuidados de desenvolvimento

A esposa é a sua cuidadora e está internada no HCV em coma induzido por patologia oncológica, esta situação provoca ansiedade no Sr. C.C. e consequentemente, recorre à toma do ansiolítico que tem prescrito em SOS. O filho assumiu ser o cuidador, mas tem pouca disponibilidade. É casado e não tem filhos, devido ao casal ter uma vida profissional muito intensa.

O doente tem consciência da sua doença e das suas limitações, refere “ quando fico internado, fico pior, com mais limitações e mais dependente de outra pessoa, sendo um quadro que não reverte na totalidade. Desde o último internamento no HPV, em outubro último, piorei significativamente” sic.

Durante o internamento foi aplicado um Teste de Avaliação da DPOC (*COPD Assessment Test – CAT*) é uma escala aplicada ao doente com DPOC, para compreender o impacto da doença no seu dia a dia. Tem como objetivo obter o máximo de benefício do tratamento e ajudar na gestão da DPOC. Esta escala consiste num questionário no qual o doente teve como resultado 27. Este valor, representa que a DPOC tem um impacto alto na vida diária do doente

Avaliação dos requisitos universais de autocuidado

Requisitos Universais de Autocuidado	Sistema de Enfermagem	Padrão habitual de Autocuidado	Padrão atual de Autocuidado
Manutenção de inspiração de quantidade de ar suficiente.	Sistema parcialmente compensatório Sistema de apoio e ensino	Eupneico com aporte de oxigénio, através de óculos nasais a 0,5litros em repouso e 2litros em esforço, durante as 24 horas. Avaliação da dispneia = score de 3 em repouso e score 5 em esforço, na escala de Borg Modificada. Ex-fumador de 40 cigarros/dia até há 11 anos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eupneico, com aporte de oxigénio, através de óculos nasais a 4 L/minuto, em repouso e 6litros durante o esforço, durante as 24 horas. ▪ Avaliação da dispneia = score de 5 em repouso e score 8 em esforço, na escala de Borg Modificada. ▪ Hipoxemia: pO₂ = 69,1mmHg e Hipercapnia: pCO₂ = 61,2 mmHg ▪ Mantem-se hemodinamicamente estável: normotenso e normocárdico.
Manutenção de ingestão suficiente de água		O doente refere que ingere 1,5 litros de água por dia.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sem alterações

Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos	Alimenta-se autonomamente cerca de 5 refeições/dia: pequeno-almoço; lanche a meio da manhã; almoço; jantar e ceia. Ingerindo na grande maioria das vezes a totalidade da alimentação facultada.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sem alterações
Manutenção de um padrão de eliminação adequado	Doente mantém continência de esfíncter vesical e intestinal, realiza a eliminação na casa de banho. Durante a noite utiliza o urinol e quando se sente mais cansaço.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantém padrão habitual de eliminação.
Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso <div> <div>Sistema</div> <div>parcialmente compensatório</div> </div>	O Sr. C.C. refere dormir cerca de 7/8 horas, de sono reparador. Algumas limitações, no cuidado pessoal, como: enxugar-se; vestir/despir; calçar/descalçar sapatos/meias; lavar a cabeça e subir escalas. score	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dorme por alguns períodos, por se sentir ansioso, devido ao internamento da esposa. Necessidade de administração de

	<p>Sistema de apoio e ensino</p> <p>2 na escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL). anexo 4, não é aplicada no Serviço de Pneumologia.</p>	<p>ansiolíticos, que tem prescrito em sos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresenta score de 5 no cuidado pessoal (necessita que outra pessoa o substitua), baseado na escala de LCADL
<p>Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social</p>	<p>Aprecia informática, televisão, ouvir música, gosta muito de ler livros científicos e jornais, comunica com o grupo de amigos através de telemóvel e em alguns jantares. Quando se encontra em fase de agudização da DPOC, não saí de casa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sem alterações
<p>Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano.</p>	<p>Ex-fumador de 40 cigarros/dia, doente realizou cessação tabágica há 11 anos, com ajuda na consulta antitabágica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sem alterações ▪ Baixo risco de queda= 30 pontos, na escala de Morse;

Promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, e as limitações conhecidas e o desejo de ser normal.

Sistema de apoio e O doente refere que apesar da dispneia, tenta manter a vida social ativa, à exceção quando está em agudização da DPOC.

- Baixo risco de desenvolvimento de úlcera = 28 pontos, na escala de Braden.
- Quando aplicado o questionário CAT, teve como resultado 27, revela um impacto alto na vida diária e bem-estar do doente.

Avaliação dos Requisitos de autocuidado de desvio de saúde

O Sr C. C. expõe uma DPOC em estadio IV, com internamentos hospitalares devido a exacerbações recorrentes, associadas a infecções respiratórias. Na consequência do internamento atual, foi ponderado a instituição de ventilação mecânica, todavia, ainda foi possível reverter o quadro com antibioticoterapia, oxigenoterapia, broncodilatadores inalatórios de curta e longa duração de ação e a associação de corticoides. Presentemente encontra-se em programa de Reeducação Funcional Respiratória, para melhorar a função respiratória e adquirir estratégias adaptativas face às limitações funcionais.

Resumo dos Problemas identificados

- Défice de inspiração de ar suficiente, associada a DPOC agudizada, manifestada por dispneia a pequenos esforços;
- Défice na limpeza da via aérea, relacionada por estase de secreções mucopurulentas, espessas e dificuldade na mobilização, manifestadas por tosse ineficaz;
- Défice de equilíbrio entre atividade e descanso, relacionado com internamento da esposa, manifestado por ansiedade e período de insónias;
- Défice no autocuidado, relacionada com dispneia a pequenos esforços, manifestada por dependência parcial nos cuidados de higiene.

Plano de Cuidados, segundo o Modelo de Dorothea Orem

Depois de ter avaliado as necessidades do doente e ter constatado as limitações funcionais e o estado de saúde do Sr. C.C., foram efetuados os diagnósticos, os objetivos de enfermagem, o planeamento do programa de reabilitação em parceria com o doente.

O programa de Reabilitação é individualizado, adaptado às necessidades do doente, e é atualizado sempre que necessário.

Após a passagem de ocorrências dos enfermeiros, foram realizados alguns procedimentos nomeadamente: a consulta do processo clínico do doente, assim como, a observação dos resultados dos valores analíticos, gasometria arterial e imagiológico do tórax. Também foi efetuada a avaliação de outros parâmetros:

- Observação física: Consciência, mucosas, hidratação; simetria do tórax; edemas; sintomas: tosse, expetoração e cansaço;
- Sinais vitais do doente: tensão arterial e frequência cardíaca. (antes e depois do programa de reabilitação;

- Padrão respiratório: frequência respiratória, saturação periférica, ritmo, amplitude. Sinais de dificuldade respiratória: adejo nasal; tiragem intercostal e supra clavicular;
- Dor (escala numérica da dor);
- Avaliação da dispneia, monitorizada através da escala de Borg Modificada (anexo 1);
- Quantidade de oxigenoterapia administrada.
- Auscultação pulmonar (antes e após a RFR e a comparação entre os dois momentos).

Este procedimento foi registado em suporte de papel existente no serviço, no início e no fim da aplicação do plano da Reeducação Funcional Respiratória. Quando existiam dúvidas, eram esclarecidas com a enfermeira orientadora de estágio

Plano de Cuidados, segundo o Modelo de Dorothea Orem

Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação	Objetivos	Intervenções de Enfermagem
Défice de inspiração de ar suficiente, associada a DPOC agudizada, manifestada por dispneia a pequenos esforços.	Otimizar ventilação Corrigir defeitos ventilatórios Aumentar a tolerância ao esforço	<u>Sistema Parcialmente Compensatório</u> <u>Sistema Apoio-Educação</u> <ul style="list-style-type: none">▪ Planear as sessões de RFR em parceria com o doente e explicar a relevância de cada exercício, tendo em conta a sua disponibilidade e tolerância ao esforço.▪ Facultar informação, acerca de todas as ações e procedimentos que se irão concretizar, adquirindo a sua colaboração;▪ Administrar oxigenoterapia prescrita.▪ Monitorizar as saturações periférica.▪ Proporcionar ambiente calmo, tranquilo, e com privacidade;▪ Realização de ensino sobre a posição de relaxamento e descanso;

- Explicar a importância da posição correta: alinhamento corporal de todos os segmentos, seja na posição ortostática ou na alternância de decúbitos.
 - Melhora a ventilação
 - Prevenção e correção de defeitos posturais
- Ensino da consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios (inspirações profundas pelo nariz e expiração lenta pela boca, com os lábios semicerrados, com ênfase na fase expiratória).
- Respiração diafragmática;

Exercícios de reeducação globais e seletivos:

- Realização de exercícios de reeducação diafragmática:
 - Global
 - Porção posterior e anterior* /sem resistência.
 - Hemicúpula direita e esquerda

(* A realização de exercício de reeducação abdomino diafragmática anterior não foram realizados, devido aos doentes não tolerarem o posicionamento em decúbito ventral).

Exercícios de reeducação costal:

- Antero lateral esquerdo e direito;

- Abertura costal seletiva:

- lateral direito/ esquerdo com abdução do membro superior

- Reeducação costal global com bastão
- Reeducação costal inferior.
- Realização de exercícios de fortalecimento dos membros superiores.
- Avaliação da dispneia, através da escala de Borg, utilizada no serviço.

- Cada exercício, é realizado em séries de 10x, aumentando progressivamente de acordo com a tolerância do doente.

- Demonstrar disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, receios e ansiedade.

- Concretizar reforço positivo, durante a realização dos exercícios e corrigir se necessário.

- Facultar o panfleto existente no serviço, com os exercícios que pode efetuar sozinho.

- Realização de espirômetro de incentivo invertido, com ênfase na fase expiratória. Efetuado 5 vezes, descansa e repete mais 5x;

- Promoção de levante para a cadeira, mediante tolerância do doente.

		- Partilha de ideias com a equipa multidisciplinar.
Défice na limpeza da via aérea, relacionada com DPOC agudizada, manifestada por estase de secreções mucopurulentas e espessas e com dificuldade na mobilização e expelir.	Promover a limpeza da via aérea; Manter a permeabilidade da via aérea	<p><u>Sistema Apoio-Educação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar a importância da realização do aerossol e da inaloterapia antes dos exercícios de RFR; ▪ Incentivar os movimentos respiratórios profundos com ênfase na fase expiratória; ▪ Incentivar o doente a aumentar a ingestão hídrica; ▪ Posições de drenagem postural modificada dos hemitórax bilateralmente; ▪ Ensino de dispositivo de ajuda, como o acapela e a monitorização da sua utilização; ▪ Instrução e treino acerca da tosse dirigida; ▪ Avaliação das características da expectoração; ▪ Reforçar o ensino dos benefícios da OLD e da inaloterapia na DPOC; ▪ Avaliar a técnica inalatória que o doente pratica; ▪ Avaliar os conhecimentos do doente, acerca da OLD e da inaloterapia;
Défice do equilíbrio entre a atividade e descanso,		<u>Sistema Apoio-Educação</u>

relacionado com internamento da esposa, manifestado por ansiedade e período de insónias	Diminuição da ansiedade e promoção de sono reparador	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover um ambiente calmo, no período noturno para induzir o sono reparador; ▪ Nos períodos de maior ansiedade, ou quando o doente solicitar, administrar terapêutica ansiolítica, prescrita em SOS. ▪ Explicar a importância da posição de relaxamento e descanso, na diminuição da ansiedade; ▪ Utilização de musicoterapia relaxante através de fones.
Défi ce no autocuidado, relacionada com dispneia a pequenos esforços, manifestada por dependência parcial nos cuidados de higiene.	Aumentar a capacidade de participação do Sr. C.C. no autocuidado da higiene e conforto.	<p><u>Sistema Parcialmente Compensatório</u></p> <p><u>Sistema Apoio-Educação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar o tempo suficiente para a realização de cada autocuidado; ▪ Instruir e treinar as técnicas de conservação de energia durante o autocuidado; ▪ Incentivar a participação do doente no autocuidado; ▪ Promover a autonomia na realização das atividades, nomeadamente: lavar os dentes, vestir e despir, transferências, cuidados de higiene e conforto, escovar o cabelo, fazer a barba; ▪ Providenciar e manter oxigenoterapia durante o percurso para a casa de banho e durante o autocuidado;

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizar dispositivos auxiliares: tapete antiderrapante, chuveiro com mangueira flexível, barras de apoio lateral.
<p>Mobilidade comprometida, relacionada com a DPOC agudizada, manifestada por dispneia (score 5, na escala de Borg) e cansaço a pequenos esforços.</p>	<p>Manter a mobilidade articular</p> <p>Manter a força muscular</p> <p>- Reduzir o gasto de energia aplicado na realização de atividades de autocuidado.</p>	<p><u>Sistema Parcialmente Compensatório</u></p> <p><u>Sistema Apoio-Educação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruir e treinar o doente sobre a importância de inspirar em repouso e expirar durante o esforço; ▪ Ensino de posições que permitem a diminuição da sensação da dispneia; ▪ Implementar exercícios de fortalecimento dos membros superiores e inferiores. ▪ Explicar a importância do controlo e dissociação dos tempos respiratórios durante o esforço; ▪ Instruir e treinar a inspiração e a expiração com os lábios semicerrados; ▪ Iniciar precocemente a realização de mobilizações passivas, ativas-assistidas, ativas e ativas resistidas, de acordo com o grau de dispneia apresentado e da participação do doente; ▪ Os exercícios de mobilizações devem ser realizados do segmento distal para o proximal, dez vezes e duas vezes ao dia;

- | | | |
|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none">▪ Assegurar a compreensão e aplicação dos ensinamentos realizados e conhecimentos obtidos pelo doente. |
|--|--|--|

Avaliação de Enfermagem

06/12/2017

O Sr. C.C. apresenta mucosas coradas e hidratadas. Hemodinamicamente estável: normotenso, normocárdico e eupneico, com aporte de oxigénio a 4litros, através de óculos nasais. Foi aplicada, no início e no fim dos exercícios de RFR a escala de Borg Modificada, na avaliação da dispneia com score de 5. Também, foi efetuado o Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test – CAT), que teve como resultado 27, o que representa um impacto alto, na vida diária do doente.

A auscultação pulmonar inicial, revela murmúrio vesicular diminuído nos 2/3 inferior do hemitórax direito e no lobo inferior do hemitórax esquerdo. Após a sessão de RFR, apresenta melhoria do murmúrio vesicular no lobo médio do hemitórax direito. Aparentemente, sem ruídos adventícios audíveis.

Realizou exercício diafragmático global, hemicúpula esquerda/direita e costal global com bastão. Durante a execução da sessão da RFR, fez algumas paragens para repousar. Apresentou-se polipneico e com diminuição da saturação periférica (sat. 88%) foi comunicado ao médico responsável que prescreveu a oxigenoterapia para 6litros/minuto durante o esforço, reverteu após algum repouso no leito.

Efetudou, espirómetro de incentivo invertido, o doente não consegue expirar com força suficiente para superar a resistência oferecida pelo bucal do dispositivo. Realização do dispositivo acapela com sucesso, 5 vezes mais 5 vezes, com alguns períodos de tosse eficaz.

Executou drenagem postural modificada de ambos os hemitórax, com secreções espessas e mucopurulentas em moderada quantidade. Realização de registos de Enfermagem de Reabilitação

08/12/2017

Efetuiu-se ensino acerca da importância da realização do aerossol (salbutamol + brometo ipratrópio) e dos inaladores broncodilatadores, antes da RFR. O Sr. C.C. realizou os inaladores, com câmara expansora corretamente, sem necessidade de correção.

Doente hemodinamicamente estável, nos dois períodos de avaliação, no início – tensão arterial: 130/60mmHg; frequência cardíaca: 73bpm; frequência respiratória: 22ciclos/minuto, com saturação periférica de 93% com aporte adicional de oxigénio de 2litros/minuto, através de óculos nasais. Padrão respiratório misto, ritmo regular e amplitude mantida; sem tiragem.

Na auscultação inicial, mantém murmúrio vesicular diminuído nos 2/3 inferior do hemitórax direito e no lobo inferior do hemitórax esquerdo. Apresenta roncos, compatível com presença de secreções no terço superior do hemitórax esquerdo e direito. Após a sessão de RFR, apresenta as mesmas características à auscultação, mas com murmúrio vesicular audível, no lobo médio do hemitórax direito.

Apresenta, score 4 (pouco intensa) na avaliação da dispneia, na escala de Borg modificada, esta escala foi aplicada no início e no fim da sessão da RFR.

Não cumpriu o plano total da RFR, por manifestar cansaço durante o esforço. Foi incentivado a assumir posição de descanso e relaxamento (reduz a tensão psíquica e muscular, proporcionando a aquisição do controlo da respiração, diminui a sobrecarga muscular e consequentemente a diminuição do trabalho respiratório).

Realizado ensino de consciencialização e controlo da respiração, para o doente controlar a frequência, a amplitude e o ritmo da sua respiração e melhorar a ventilação alveolar. Inspirar pelo nariz (ar aquecido e humedecido) e expirar pela boca (com os lábios semi-cerrados), com ênfase na fase expiratória.

Efetuada promoção de drenagem de secreções, através de drenagem postural modificada, alternando entre decúbito lateral esquerdo e direito, e decúbito semi-lateral esquerdo e direito, com instrução e treino de tosse dirigida, eficaz em alguns períodos, com poucas secreções espessa e amareladas.

Realizou diapositivo acapela 5 x 5. Mantém dificuldade na utilização do espirómetro de incentivo invertido.

Incentivado de levantar para a cadeira. Realização de registos de Enfermagem de Reabilitação.

09/12/2017

Doente encontra-se hemodinamicamente estável. padrão ventilatorio sem alterações. À auscultação pulmonar, mantém murmúrio vesicular nos dois hemitórax à exceção do 1/3 inferior do hemitórax bilateral, com murmúrio menos audível.

O Sr. C: C. realizou o programa de reabilitação planeado, na totalidade, com boa adesão e boa disposição, no entanto, realizou algumas pausas para descansar.

No fim da RFR, falou do internamento da esposa e referiu que estava um pouco melhor. Estava muito bem-disposto, falou do seu único filho e do seu desejo de ter netos e do casal não ter planos nesse sentido, devido à sua profissão.

Fez o dispositivo acapela, tendo realizado a técnica de forma correta. Não apresenta tosse, nem expetoração. Doente realiza reforço hídrico de cerca de 1,5l de água por dia. Realização de registos de Enfermagem de Reabilitação.

10/12/2017

O doente apresenta melhorias respiratórias, nomeadamente: apresenta menos cansaço durante o esforço, sem tosse, oximetria periférica de 96% com aporte de oxigénio a 2L através de óculos nasais. Score 4 na escala de Borg modificada. Normotenso e

normocárdico. Sem edemas periféricos e sem queixas álgicas. À auscultação pulmonar, apresenta murmúrio vesicular nos dois hemitórax e diminuição de murmúrio do lobo inferior de ambos os campos pulmonares.

Foi reforçado, o ensino da importância da alternância de decúbitos, enquanto se mantiver no leito. Incentivado para a realização de transferência para o cadeirão durante o dia, pelo que ficou muito satisfeito.

Foi negociado com o Sr. C.C. realizar a sua higiene na casa de banho, posteriormente à realização da RFR, minimizando o cansaço durante os exercícios. Organização de cadeira de rodas e oxigenoterapia para a realização do autocuidado de higiene na casa de banho, com sucesso.

No fim do turno, o Sr. C.C. recebeu uma chamada telefónica e teve conhecimento que a esposa tinha piorado e requereu o ansiolítico que tinha prescrito em SOS. Foi explicado a importância, da técnica de descanso e relaxamento no controlo da respiração, para ajudar a diminuir a ansiedade. Posteriormente, foi comunicado à colega responsável pelo doente, para dar continuidade aos cuidados. Realização de registos de Enfermagem de Reabilitação.

13/12/2017 e 14/12/2017

Doente orientado, hemodinamicamente estável. Eupneico, com frequência respiratória de 18 ciclos/minuto, ritmo regular e misto, com saturações periféricas de 97%, com aporte de oxigénio a 2 litros através de óculos nasais.

O Sr. C. C. realizou o esquema de exercícios planeado com sucesso. Ao ter conhecimento da necessidade de aprofundarem o coma induzido da esposa, por esta ter piorado o seu estado clínico, o doente, ficou ansioso e solicitou o ansiolítico prescrito. Foi negociado a sua toma para o fim do programa, para não se sentir lentificado, o programa foi realizado na totalidade e com eficácia.

O doente realizou a prova de marcha de 6 minutos com aporte de O² a 2L, através de óculos nasais, com oximetrias periféricas de 89% a 92%, com bons resultados. Realizou 30 metros em seis minutos e recuperou após dois minutos de repouso, mencionou score 4 na avaliação da dispneia, na escala de Borg Modificada.

Realização de registos de Enfermagem de Reabilitação.

dia 15/12/2017

Quando abordei o Sr. C.C. encontrava-se ao computador e realizar uma pesquisa, apresentou-se mais animado e referiu que no dia de ontem tinha recebido a visita do filho.

Já tinha tomado o pequeno almoço, ao contrário dos outros dias que tinha que lhe facultar tempo para o realizar.

Como o Sr. C. C. não tomava banho há dois dias e não queria ferir a sua suscetibilidade, no fim do programa de RFR, questionei o doente se precisava de ajuda na higiene na casa banho e ele concordou. Organizei a roupa pela ordem de vestir, foi explicado a importância na técnica da gestão de energia. Na casa de banho, substitui o doente na higiene das costas e membros inferiores, e recomendei a escova de cabo longo para facilitar a mesma.

O resultado da avaliação realizada foi bastante positivo. Os exercícios da RFR foram efetuados sem alterações hemodinâmicas ou respiratórias, em associação com o controlo e dissociação dos tempos respiratórios. Foram introduzidos pesos (frasco de soros), o doente realizou estes novos exercícios e ficou muito satisfeito. Pondera-se alta para o dia de amanhã. Sinais vitais estáveis no final da sessão. Realização de registos de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice VI – Jornal de Aprendizagem



8º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

14º Jornal de Aprendizagem

Paula Alexandra Marques Fernandes

Lisboa

Fevereiro de 2018





8º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

14º Jornal de Aprendizagem

Paula Alexandra Marques Fernandes

Enfermeira Orientadora: Andreia Oliveira

Professora Orientadora: Cristina Saraiva

Lisboa

Fevereiro de 2018



A inaloterapia, é a via de preferência no tratamento de patologias respiratórias agudas ou crônicas, das vias aéreas e do pulmão. [Direção Geral de Saúde (DGS, 2015)]. Cordeiro e Mateus (2014, p. 13), também afirmam que a via inalatória é reconhecida por “ *contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos doentes (...) com DPOC e asma e recomendada no tratamento de bronquiectasias, fibrose quística e sibilância recorrente*” (DGS, 2015).

E Cordeiro e Menoita (2014 p.145), ainda acrescentam que é eficaz para “ *todas as patologias respiratórias que apresentem acumulação de secreções brônquicas e doenças que cursam com a imobilidade prolongada, predispondo a complicações respiratórias, designadamente estase de secreções e consequentemente infeções respiratórias*”.

Nos últimos anos, foram desenvolvidos vários dispositivos inalatórios pela indústria farmacêutica. Esta diversidade tornou-se problemática, tanto para o clínico aquando a seleção otimizada do inalador, para o enfermeiro no desempenho educativo, e para o doente e família no seu manuseamento, segundo Cordeiro (2014 p. XVII), devido à “ *necessidade de conhecimentos e habilidades para o uso correto dos inaladores*”.

Evidenciasse a importância da terapêutica inalatória na sua eficácia, devido à ação mais rápida, pela deposição direta do fármaco no pulmão, administração de doses mais baixas e com menos efeitos secundários (Cordeiro e Mateus, 2014). No entanto, ainda existe dificuldades na administração, devido à:

- Utilização incorreta dos dispositivos;
- Dificuldade de reprodutibilidade na fração libertada e na deposição pulmonar do fármaco;
- Má adesão terapêutica;
- Formulação para inalação inadequada.

Assim, a deposição dos fármacos por via inalatória pode ficar condicionada por: algumas características do doente: as limitações associadas à idade, aos atributos do doente; ao estágio mais avançado da DPOC, e em situação de exacerbação da doença;

- A dificuldade no manuseamento dos dispositivos inaladores, relacionado com as características dos dispositivos inalatórios e com a perceção do doente (o tempo de apneia, a cognição, o défices de acuidade visual);
- A presença de processos obstrutivos (características anatómicas das vias aéreas do doente com DPOC e asma), o padrão ventilatório do doente

(influenciam a eficácia do fármaco a nível pulmonar), e a compreensão face ao tratamento;

- As preferências pessoais e o custo de cada inalador.

Ao verificar que não executava a técnica inalatória corretamente, refleti com pensamento crítico, avaliei e analisei a situação, por forma a melhorar o desempenho na técnica. Certifiquei-me onde incidia o meu erro na execução da técnica, foi realizada revisão da bibliografia baseada na evidencia. Foi estudada, realizado treino e a orientadora de estágio monitorizou a mesma.

Neste âmbito, Menoita (2014 p.25) refere, que “ *o sucesso da terapêutica inalatória incide na educação continua do doente, na otimização da prescrição, na monitorização continua da técnica de inalação, educar, reeducar e voltar a educar e na formação dos profissionais*”.

Atualmente, existe uma panóplia de dispositivos de inalação, que se podem agrupar em três grupos (Vincken et al 2010): Inalador Pressurizado doseável ou de dose controlada (pMDI), pode ser utilizado com ou sem câmara expansora ou spacers; Inaladores de pó seco (DPI); sistema nebulizadores (de jato ou pneumáticos e ultra-sónicos).

Os dispositivos inaladores pMDI, foram selecionados para este jornal de aprendizagem, devido a serem os mais antigos no mercado, os mais prescritos e os mais utilizados em contexto hospitalar e contêm os seguintes fármacos:

Salbutamol:

- 1º: Broncodilatador Agonista adrenérgico beta, de ação rápida, atua no recetor adrenérgico B₂ no músculo brônquico, promove o relaxamento do músculo e a abertura (dilatação) das vias aéreas;
- Induz, o início rápido e eficaz ao fim de cinco minutos, com pico de ação aos 20 minutos e duração do efeito, cerca de 4 a 6 horas;
- Está indicado: Broncospasmo agudo/grave na DPOC e Asma.

Possibilita uma broncodilatação rápida e facilita a absorção dos broncodilatadores de média duração e longa duração (Infarmed, 2014).

Brometo de Ipratrópio:

- 2º. Broncodilatador Anticolinérgico de ação média-longa;
- Atua nos recetores muscarínicos M₁ e M₂, inibindo a broncoconstrição e a produção do muco nas vias aéreas;

- Após administração, é eficaz ao fim de 20 a 30 minutos, com pico de ação às 2 horas e duração do efeito durante 2 a 4 horas;
- Está indicado: como terapêutica de manutenção/fase de estabilização na DPOC e na associação de broncodilatadores de ação rápida nas exacerbações. (Infarmed, 2014)

No seguimento, da administração dos Broncodilatadores anteriores:

Beclometasona

3º. anti-inflamatório, Corticoide;

- A sua ação, atua diretamente no músculo liso e torna mais eficaz, o efeito dos broncodilatadores Beta adrenérgicos;
- Inibe a resposta inflamatória, que causa a broncoconstrição através do processo inflamatório, como resposta ao alérgeno;
- Duração da ação, de 12 horas;
- Está indicado: como tratamento de primeira linha, na asma, DPOC em associação com os broncodilatadores.

Após a administração, bochechar a cavidade oral com água. (infarmed, (2011)

Para otimizar a terapêutica, foi essencial o conhecimento e a realização de uma adequada técnica inalatória. Como futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, experienciei uma responsabilidade acrescida para com os doentes com doença respiratória, pois a monitorização errada da técnica inalatória, pode comprometer a adesão terapêutica e a eficácia dos fármacos na via aérea. A DGS (2017) afirma que a técnica quando é executada incorretamente possibilita a:

“falta de controlo da doença, com consequências na qualidade de vida do doente, aumento da frequência de episódios de urgência e internamentos, deterioração da função pulmonar e agravamento dos custos em termos globais”.

Aprendi, que apesar das grandes vantagens que a técnica inalatória tem demonstrado no tratamento das doenças respiratórias, a supervisão e o ensino da técnica deve ser um requisito que deve estar sempre presente, em todos os momentos da sua prática, assim como o seu registo, para dar continuidade aos cuidados. Conforme refere a DGS (2017). *“a técnica inalatória deve ser ensinada, revista e demonstrada em cada avaliação da pessoa”.*

O erro é inerente ao ser humano, no entanto é necessário implementar estratégias educativas adequadas, com carácter prático de formação para os profissionais que trabalham com estes doentes. A norma deve ser consultada, estudada e realizado o treino da técnica periodicamente, pelos profissionais.

Apercebi-me que se torna relevante o desenvolvimento de métodos e estratégias educacionais e comportamentais, que ajudem a população com patologia respiratória, em compreender melhor as informações dadas acerca da terapêutica inalatória, para existir uma maior adesão.

Este acontecimento, permitiu que refletisse, acerca da minha prática e incidisse o meu “olhar” no exercício profissional e nas técnicas que realizo diariamente, quase mecanizada e sem refletir na sua execução.

Assim sendo, é imprescindível que a aprendizagem pessoal e profissional seja proativa, contínua e refletiva baseada na evidencia científica, para que os cuidados de saúde sejam realizados com segurança do doente e na melhoria da sua qualidade de vida. Deste modo, para minimizar o erro, foi inserido na minha prática profissional a revisão das técnicas, antes de concretizar o ensino ao doente/família.

A descrição da técnica, foi contemplada no seguimento deste jornal e encontra-se de acordo com as normas da (DGS, 2017).

1. O doente deve estar de pé, sentado ou semi-sentado;
2. Deve-se remover o contentor cilíndrico da embalagem e aquece-lo entre as mãos e adaptá-lo novamente;
3. Retirar a tampa da embalagem e agitar, na posição vertical;
4. Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) com o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma;
5. Inclinar a cabeça para trás ligeiramente;
6. Executar uma expiração lenta;
7. Colocar o inalador entre os lábios ou a 2 cm da boca, quando confirmada capacidade de execução (risco de aerossol para os olhos);
8. O doente inspira lentamente e ativa o pMDI;
9. Deve continuar a inspirar lentamente e profundamente até à sua capacidade pulmonar total;
10. Realiza uma apneia durante 10 segundos (adulto) ou 5 segundos (crianças);
11. Posteriormente, deve realizar uma expiração forçada;
12. Na inalação de corticoides, lavar a cavidade oral e/ou bochechar com água e expelir, não engolir;
13. Se tiver sido prescrito mais de uma inalação (“puff”), o doente deve aguardar 30 segundos a 1 minuto para nova inalação;
14. Os passos 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11, devem ser repetidos para administração de mais inalações, de acordo com a prescrição.

A DGS (2017) informa e norteia, a administração destes inaladores com câmara expansora, que será descrita na sequência imediata.

Após a execução dos pontos 1;2 e 3 da técnica supracitada, é necessário a colocação da embalagem do inalador na posição vertical, em forma de L e realizara a sua adaptação à Câmara Expansora;

4. Efetuar uma expiração lenta (idealmente até à capacidade de reserva funcional) (adultos e crianças > 5 anos);
5. Câmara expansora com:
 - a. Bucal: colocar o bucal da câmara entre os dentes, fechando os lábios e colocando a língua por baixo;
 - b. Máscara: adaptar a máscara à face com ajuste a incluir as narinas e a boca;
6. Ativar o pMDI colocando o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma;
7. Após a saída do “puff”, contar 5-10 ciclos respiratórios (duração aproximada no adulto de 30 segundos ou 5 inspirações na idade pediátrica);
8. Pode realizar-se uma segunda inalação lenta, de acordo com a capacidade da pessoa, para assegurar o esvaziamento da Câmara expansora e o aproveitamento completo da dose administrada;
9. Nas Câmara Expansora com apito, se ouvir o som do apito é indicativo de que está a inspirar demasiado rápido;
10. Na inalação de corticoides, lavar a cavidade oral e a face se utilizar máscara.

Notas:

1-Se tiver sido prescrito, mais de uma inalação (“puff”), é importante desadaptar o bucal ou afastar a face da máscara e esperar, cerca de 30 segundos antes de repetir uma nova inalação. Com a utilização, da câmara expansora na inalação múltipla não é necessário, efetivar a expiração prévia forçada, antes da administração dos inaladores. A otimização da inalação, é executada em volume corrente e sem apneia final.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dipropionato de Beclometasona (2011)

...Disponível: app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=829&tipo_doc=fi Consultado: 30.01.2018

Cordeiro, M. & Menoita, E. (2014). Reeducação funcional respiratória. Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas. Loures. Lusociência. 61-115.

Cordeiro M. (2014) Terapêutica Inalatória – Princípios, Técnica de Inalação e Dispositivos Inalatórios. Loures: Lusodidacta

Direção Geral de Saúde (2015). Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Aerosolterapia por Sistemas de Nebulização. Disponível: Norma nº 021/2011 - DGS <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/.../norma-n-0212011-de-28092011-jpg.aspx>. Consultado: 23.01.2018

Direção Nacional de Saúde (2017). *Ensino e Avaliação da Técnica Inalatória na Asma*. Disponível: orientação - DGS <https://www.dgs.pt/directrizes-da...e.../orientacao-n0102017-de-26072017-pdf.aspx> Consultado: 24.11.2018

Atrovent Informação para o utilizador Atrovent PA, 20 microgramas ... – Disponível: Infarmedapp7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=45767&tipo_doc=fi Consultado: 30.01.2018

Ventilan (2014). Disponível: Informação para o utilizador Ventilan-Inalador 100 ... - Infarmedapp7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=9078&tipo_doc=fi. Consultado: 30.01.2018

Vincken et al (2010, p. 10-20) – The admit series – Issues in inhalation Therapy. How to choose inhaler devices for the treatment of COPD. In: Primary Care Respiratory Journal. nº 19 (1)

Técnica de inalação com inalador pressurizado doseável (pMDI)

15. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada;
16. Retirar o contentor cilíndrico da embalagem, aqueça-o entre as mãos e adapte-o novamente;
17. Retirar a tampa da embalagem e agitar (na posição vertical);
18. Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) com o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma;
19. Incline ligeiramente a cabeça para trás;
20. Efetuar uma expiração lenta;
21. Colocar inalador entre os lábios ou a 2 cm da boca, quando confirmada capacidade de execução (risco de aerossol para os olhos);
22. Começar a inspirar lentamente e ativar o pMDI;
23. Continuar a inspirar lentamente e profundamente até à capacidade pulmonar total;
24. Pausa inspiratória durante 10 segundos (adulto) ou 5 segundos (crianças);
25. Realizar uma expiração forçada;
26. Na inalação de corticoides, lavar a cavidade oral e/ou bochechar com água e deitar fora, não engolir;
27. Repita os passos 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11 para administração de mais inalações, caso tenham sido prescritas.

Notas:

- 1-Se tiver sido prescrito mais de uma inalação ("puff"), aguardar 30 segundos a 1 minuto para nova inalação;
- 2-Atender ao contador de doses, quando este existe, para aquisição de nova embalagem;
- 3- Após um intervalo de tempo sem utilização do MDI, e antes da utilização seguinte, devem ser realizadas 3-4 ativações para o ar.

Técnica de inalação com inalador pressurizado doseável (pMDI) com Câmara Expansora (adequada ao grupo etário)

Realização dos pontos 1;2 e 3 da técnica supracitada

11. Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) e adaptá-lo à Câmara Expansora;
12. Efetuar uma expiração lenta (idealmente até à capacidade de reserva funcional) (adultos e crianças > 5 anos);
13. Câmara expansora com:
 - a. Bucal: colocar o bucal da câmara entre os dentes, fechando os lábios e colocando a língua por baixo;
 - b. Máscara: adaptar a máscara à face com ajuste a incluir as narinas e a boca;
14. Ativar o pMDI colocando o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma;
15. Contar 5-10 ciclos respiratórios (duração aproximada no adulto de 30 segundos ou 5 inspirações na idade pediátrica);
16. Pode realizar-se uma segunda inalação lenta, de acordo com a capacidade da pessoa, para assegurar o esvaziamento da Câmara expansora e o aproveitamento completo da dose administrada;
17. Nas Câmara Expansora com apito, se ouvir o som do apito é indicativo de que está a inspirar demasiado rápido.

ANEXOS

Anexos I – Medical Research Council

Escala de Avaliação da Força Muscular
(MRC-Medical Research Council)

0	Não se percebe nenhuma contração
1	Traço de contração, sem produção do movimento
2	Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade
3	Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional
4	Realiza movimento contra a resistência externa moderada e gravidade
5	É capaz de superar maior quantidade de resistência que o nível anterior

Anexo II – Índice de Barthel

1.Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2.Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3.Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4.Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5.Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7.Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8.Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9.Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10.Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

Anexo III - Escala de Braden

Escala de Braden = Avaliação de Desenvolvimento de Úlcera por Pressão.

Avaliação do grau de risco - Escala de BRADEN				
Percepção Sensorial	1. Totalmente limitado	2. Muito limitado	3. Levemente limitado	4. Nenhuma limitação
Umidade	1. Excessiva	2. Muita	3. Ocasional	4. Rara
Atividade	1. Acamado	2. Confinado a cadeira	3. Deambula ocasionalmente	4. Deambula freqüentemente
Mobilidade	1. Imóvel	2. Muito limitado	3. Discreta limitação	4. Sem limitação
Nutrição	1. Deficiente	2. Inadequada	3. Adequada	4. Excelente
Fricção e Cisalhamento	1. Problema	2. Problema potencial	3. Sem problema aparente	_____

A escala de Braden é constituída por 6 dimensões: percepção sensorial, humidade, actividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento, contribuindo todas para o desenvolvimento de Úlceras por Pressão e não devendo nenhuma delas ser avaliada preferencialmente em relação a qualquer outra:

A pontuação varia de 1 a 4, excepto na sub-escala Fricção e Forças de deslizamento, que varia de 1 a 3.

A soma das seis sub-escalas varia entre 6 e 23. Quanto menor o valor, maior será o risco apresentado.

Depois de avaliadas cada uma das seis sub-escalas somam-se as respectivas pontuações obtendo-se uma pontuação total.

O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco:

- **Alto Risco** – Pontuação ≤ 16
- **Baixo Risco** – Pontuação ≥ 17

Anexo IV – Escala de Morse

Escala de Morse = avaliação do risco de queda.

<i>Morse Fall Scale - Versão original¹³</i>	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
<i>No</i>	Não	0
<i>Yes</i>	Sim	25
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário	
<i>No</i>	Não	0
<i>Yes</i>	Sim	15
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
<i>None/Bed read/Nurse assist</i>	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
<i>Crutches/Cane/Walker</i>	Muletas/Bengala/Andador	15
<i>Furniture</i>	Mobiliário/Parede	30
4. Intravenous Therapy/Heparin lock	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
<i>No</i>	Não	0
<i>Yes</i>	Sim	20
5. Gait	5. Marcha	
<i>Normal/Bed rest/Wheelchair</i>	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
<i>Weak</i>	Fraca	10
<i>Impaired</i>	Comprometida/Cambaleante	20
6. Mental status	6. Estado Mental	
<i>Oriented to own ability</i>	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
<i>Overestimates/forgets limitations</i>	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

É constituída por seis itens com duas ou três possibilidades de resposta para cada um. A cada uma das respostas corresponde uma pontuação. De acordo com a avaliação efetuada a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens resulta num score que indica o risco de queda. Essa pontuação varia de 0 a 125 pontos. O resultado obtido é indicativo do risco de queda, quanto maior o score maior o risco; considera-se alto risco de queda quando o resultado obtido, através da aplicação da escala, é igual ou superior a 45 pontos.

Anexo V – London Chest activity of Daily Living

Este questionário é realizado para saber se existe alguma actividades, que doente não consegue executar por sentir dispneia.

Cuidado pessoal						
Enxugar-se	0	1	2	3	4	5
Vestir a parte superior do tronco	0	1	2	3	4	5
Calçar os sapatos / meias	0	1	2	3	4	5
Lavar a cabeça	0	1	2	3	4	5
Doméstico						
Fazer a cama	0	1	2	3	4	5
Mudar o lençol	0	1	2	3	4	5
Lavar janelas / cortinas	0	1	2	3	4	5
Limpeza / limpar o pó	0	1	2	3	4	5
Lavar a louça	0	1	2	3	4	5
Utilizar o aspirador de pó / varrer	0	1	2	3	4	5
Atividade física						
Subir escadas	0	1	2	3	4	5
Inclinar-se	0	1	2	3	4	5
Lazer						
Andar em casa	0	1	2	3	4	5
Sair socialmente	0	1	2	3	4	5
Falar	0	1	2	3	4	5

– Se não faz a actividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa actividade, por favor, responda:

0 Eu não faria de forma alguma

– Se a actividade é fácil para si, por favor, responda:

1 Eu não fico com falta de ar

– Se a actividade lhe causa um pouco de falta de ar, por favor, responda:

2 Eu fico moderadamente com falta de ar

– Se a actividade lhe causa muita falta de ar, por favor, responda:

3 Eu fico com muita falta de ar

– Se deixou de fazer a actividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si, por favor, responda:

4 Eu não posso mais fazer isso

– Se alguém faz isso por si, ou a ajuda porque sente muita falta de ar (por exemplo: alguém faz as compras por si), por favor responda:

5 Eu preciso que outra pessoa faça isso

Escala VI – Escala de Borg Modificada

Escala de Borg modificada – CR – 10 = Avaliação da Percepção subjetiva de esforço.

Escala de Borg Modificada	
	Intensidade
0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

Gunnar Borg (1982)

Anexo VII – Folha de Registos de ER do serviço de Pneumologia



HSM



HPV

Identificação do doente

Folha nº _____

Cama nº _____

SERVIÇO _____

REGISTOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

DATA		I	F	I	F	I	F	I	F	I	F
Sinais Vitais	Pulso (p.p.m.)										
	Frequência Respiratória (c.p.m.)										
	Saturações (%)										
	Tensão Arterial (mmHg)										
	Dor - Localização										
Pele e mucosas (Coradas, Descoloradas, Cianosadas, Ictéricas)											
Edemas (Sim, Não)											
Padrão Respiratório	Ventilação (Espontânea, Mecânica)										
	Simetria torácica										
	Torácica, Mista, Abdomino-Diafragmática										
	Ritmo (regular, irregular)										
	Amplitude (normal, diminuída, aumentada)										
	Tiragem-intercostal, Supra-clavicular, Adejo nasal										
Síntomas	Tosse, Expectoração, Cansaço										
Palpação	Elasticidade (Mantida, Diminuída)										
	Transmissão das vibrações vocais (Aumentadas, Diminuídas)										
Percussão	Maciez, Timpanismo										
Auscultação		D	E	D	E	D	E	D	E	D	E
	Murmúrio Vesicular 1/3 sup										
	(Mantido, Diminuído Ausente) 1/3 méd										
	1/3 inf										
	Ruídos Adventícios 1/3 sup										
	(Roncos, Sibilos, Fervores, crepitações, atritos pleurais) 1/3 méd										
1/3 inf											

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA				VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA				VENTILAÇÃO EXPONTÂNEA			
DATA				DATA				DATA			
Modalidade Ventilatória				Modalidade				O2 l/m	O.N.		
FIO2				IPAP				VmkFio2			
F.resp.				EPAP							
Vol. total inspirado				FIO2							
Vol. total expirado				Volume/m							
Peep				F. Respir.							

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA
Internamento de Pneumologia

Diretora: Profª. Doutora Cristina Bárbara

IMP096.01

HSM: Tel: 217 805 293 – Fax: 217 805 645
HPV: Tel: 217 548 000 – Fax: 217 581 838

www.chln.pt



AVALIAÇÃO DA DISPNEIA		DATA			
Escala de Borg					
Escala de Dispneia classificada 4 graus					
AVALIAÇÃO DO GRAU DE SEDACÃO					
Escala de Ramsay					

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA									
		DATA							
Posição de descanso e relaxamento									
Controle e dissociação dos tempos respiratórios									
Exercícios de Reeducação globais e selectivos	Abdomino-diafragmática	Global							
		Porção posterior c/ e s/ resistência							
		Hemicúpula direita							
		Hemicúpula esquerda							
	Costal	Porção anterior c/ e s/ resistência							
		Global c/ bastão							
		Lateral direito c/ abdução do MS							
		Antero-lateral direita c/ s/ resistência							
		Lateral Esquerdo c/ abdução do MS							
		Antero-lateral Esquerdo c/ s/ resistência							
	Postero-lateral direita c/ s/ resistência								
	Postero-lateral esquerda c/ s/ resistência								
Mobilização escapulo-umeral									
Drenagem Postural Modificada	Lobo Superior			D	E	D	E	D	E
	Lobo Médio								
	Lobo Inferior								
Manobras acessórias: Percussão, Vibração, Compressão									
Terapêutica de Posição									
CATR (RA - ER - HUFF - IEF)									
Tosse	Dirigida; Assistida; Com Contenção de Sutura								
	Eficaz; Ineficaz; Aspiração de secreções								
	Quantidade: Abundante; Moderada; Escassa								
Secreções	Viscosidade: Fluidas; Espessas								
	Características: Mucosas; Mucopurulentas; Amareladas; Rosadas								
	Hemáticas								

		DATA										
FLUTTER												
INSPIROMETRIA DE INCENTIVO												
COUGH ASSIST	Modalidade: Manual ; Automática											
	Pressão insuflação											
	Pressão exsufilação											
	Tempo	Insuflação										
		Exsufilação										
Pausa												

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA
Internamento de Pneumologia

Diretora: Profª. Doutora Cristina Bárbara

IMP096.01

HSM: Tel: 217 805 293 - Fax: 217 805 645
HPV: Tel: 217 548 000 - Fax: 217 581 838

www.chin.pt



AVALIAÇÃO									
Movimento Articular		Data		Força Muscular		Data			
(assinalar apenas as alterações)									
Pescoco	Rotação dt° / Esq°			Escala de Lower	MSD				
	Inclinação dt° / Esq°				MSE				
	Flexão				MID				
	Extensão				MIE				
Ombro	Flexão			Tonus muscular		Data			
	Extensão			Escala de Ashworth Modificada	MSD				
	Abdução				MSE				
	Adução				MID				
	Rotação interna				MIE				
Cotovelo	Rotação externa			Frequência de Espasmos		Data			
	Flexão			Escala de Penn	MSD				
	Extensão				MSE				
	Supinação				MID				
Pronação			MIE						
Punho	Flexão			Sensibilidade		Data			
	Extensão			Superficial	Térmica				
	D. cubital				Táctil				
	D. radial				Dolorosa				
Dedos da mão	Flexão				Profunda	Discriminativa			
	Extensão			Postural					
	Abdução			Vibratória					
	Adução			Equilíbrio		Data			
	Coxo femoral	Oposição do polegar			Sentado	Estático			
Flexão				Dinâmico					
Extensão				Em pé		Estático			
Abdução						Dinâmico			
Joelho	R. interna				Data				
	R. externa								
	Flexão								
	Extensão								
Tibio-Tarica	Inversão								
	Eversão								
	Flexão Plantar								
	Dorsi-flexão								
Dedos do pé	Flexão								
	Extensão								
	Abdução								
	Adução								
				Índice de Barthel					
				Escala de Braden					

Nota de Enfermagem de Reabilitação:

Enfermeiro(a) : _____

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA
Internamento de Pneumologia

Diretora: Profª. Doutora Cristina Bárbara

IMP096.01

HSM: Tel: 217 805 293 – Fax: 217 805 645
HPV: Tel: 217 548 000 – Fax: 217 581 838

www.chln.pt



Anexo VIII – III Jornadas de Cuidados Respiratórios



CERTIFICADO

A Comissão Organizadora das III Jornadas de Cuidados Respiratórios em Enfermagem, que se realizaram nos dias 18, 19 e 20 de Abril de 2018, no Olaias Park Hotel, em Lisboa, certifica que:

Paula Alexandra Fernandes

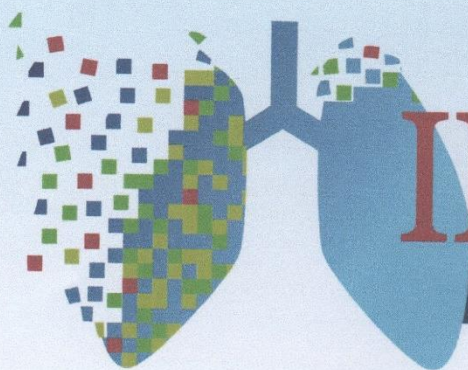
esteve presente, nas Jornadas como participante.

COMISSÃO ORGANIZADORA

ENF. MARIA DO CARMO CORDEIRO
DR. JOÃO CARDOSO
DR. RAMALHO DE ALMEIDA
PROF. DOUTORA PAULA PINTO
ENF. DULCE FERREIRA
ENF. RUI SILVA



Anexo IX – Curso Teórico-Prático em DPOC



III JORNADAS DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS EM ENFERMAGEM

DOENTE RESPIRATÓRIO CRÓNICO:
DESAFIOS E NECESSIDADES NO MUNDO REAL

18-20 ABRIL 2018 | OLAIAS PARK HOTEL . LISBOA

CERTIFICADO

CURSO TEÓRICO-PRÁTICO EM DPOC

COORDENADORA DO CURSO: Prof. Doutora Paula Pinto
COMISSÃO CIENTÍFICA: Prof. Doutora Paula Pinto e Dra. Cátia Caneiras
COMISSÃO ORGANIZADORA: Enf. Especialista de Reabilitação Carmo Cordeiro

A Organização do Curso Teórico-Prático em DPOC composto pelos temas:

CLÍNICA E DIAGNÓSTICO DA DPOC

GESTÃO DA DPOC

REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NA DPOC

PROGRAMA EDUCACIONAL PARA O DOENTE COM DPOC: LIVING WELL WITH COPD

ATELIER PRÁTICO 1- INALADORES NA DPOC

ATELIER PRÁTICO 2 -VNI & OXIGENOTERAPIA: INTERFACES

Integrado nas III Jornadas de Cuidados Respiratórios em Enfermagem, que se realizaram nos dias 18, 19 e 20 de Abril de 2018, no Olaias Park Hotel, em Lisboa, certifica que:

Paula Alexandra Fernandes

Esteve presente, tendo realizado a totalidade da carga horária do curso

COMISSÃO ORGANIZADORA

ENF. MARIA DO CARMO CORDEIRO
DR. JOÃO CARDOSO
DR. RAMALHO DE ALMEIDA
PROF. DOUTORA PAULA PINTO
ENF. DULCE FERREIRA
ENF. RUI SILVA

 **ACE**
ASSOCIAÇÃO CENTRICA DOS ENFERMEIROS

